Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Ростовский государственный медицинский университет

А. О. Бухановский
Ю. А. Кутявин
М. Е. Литвак

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Пособие для врачей

Издание третье,
переработанное и дополненное

Ответственный редактор
доктор медицинских наук,
профессор *А. О. Бухановский*

Ростов-на-Дону
Издательство лечебно-реабилитационного
научного центра «Феникс»
Издательство «Феникс»
2003

УДК 616.89(075)
Б 94

Утверждаю.
Председатель секции
по психиатрии ученого совета
Минздрава России Т. Б. Дмитриева.
30.06.1998 г. Протокол № 3

Рецензенты:
заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор *Б. В. Шостакович,*
доктор психологических наук, профессор *П. Н. Ермаков*

Бухановский А. О. и др.
Б 94 **Общая психопатология:** Пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2003. — 416 с.: ил.

В пособии для врачей дана методология диагностического процесса в психиатрии, систематизированы сведения о психопатологических симптомах, о структуре и динамике основных продуктивных и негативных синдромов, включающих эти симптомы, об основных формах патологии личности. При описании симптомов рассматриваются психопатологические синдромы, в которые они входят. Приведена феноменология основных и атипичных вариантов синдромов. Предложены критерии их дифференциальной диагностики. Раскрыто клиническое значение синдромов.

Рассчитано на психиатров, наркологов и психотерапевтов, проходящих постдипломное обучение, интернов, клинических ординаторов, аспирантов и врачей смежных дисциплин. Будет полезно студентам медицинских вузов и психологических факультетов.

УДК 616.89(075)

ISBN 5-222-03657-X

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРОВ

Совершенствование знаний общей психопатологии диктуется требованиями каждодневной психиатрической практики и необходимостью повышения качества подготовки специалистов, включая постдипломное образование психиатров, наркологов, психотерапевтов. Поиск и выделение психопатологических симптомов, их типирование, определение синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса, нозологическая диагностика заболевания, прогноз, лечение, тактика реадаптации и реабилитации, медико-социальная защита пациентов и общества тесно связаны с методологией диагноза и начинаются с общей психопатологии, которой и посвящено это пособие для врачей.

Мы постарались учесть богатейший опыт наших предшественников, работавших на кафедре Ростовского государственного медицинского университета — одной из старейших кафедр психиатрии. Это академик АН УССР А. И. Ющенко, профессора М. Я. Серейский, Н. Н. Корганов, Ю. С. Николаев, М.П. Невский, член-корреспондент АМН СССР А. А. Меграбян. В книге отражен и наш личный многолетний клинический и педагогический опыт. В ней рассмотрены оригинальные методические подходы, разработанные в процессе постдипломной подготовки врачей по психиатрии, наркологии и психотерапии, показана роль и место общей психопатологии в диагностическом процессе, упорядочены и систематизированы сведения о психиатрической семиотике — «азбуке» психиатрии, а также о позитивных и негативных пси-

хопатологических синдромах личности, основных формах ее патологии.

Мы выражаем глубокую признательность сотрудникам кафедры и клиники психиатрии: профессору В.М. Коваленко, доцентам О. Я. Силецкому и В. А. Китьян, ассистентам В. Г. Заике, В. Л. Капустянскому, заведующим отделениями — заслуженному врачу РСФСР М.И. Пудовиковой и А. И. Шевелеву, ординаторам С. П. Кравцовой и А. М. Лиману за поддержку и ценные замечания, учтенные при создании этой книги.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Неожиданно для нас первое издание «Общей психопатологии» разошлось за три месяца, и выявилась настоятельная потребность в его переиздании.

Наше время отмечено печатью неуклонного роста распространенности психических расстройств — как классических так и атипичных, многие из которых все более и более напоминают соматическую патологию (психосоматические болезни, сенестопатозы, ипохондрические состояния, неврозы, ларвированные субдепрессии и пр.). В связи с этим растет роль и важность знаний по общей психопатологии в системе образования врачей различных специальностей (как вузовского, так и постдипломного) и соответственно актуальность преподавания данного предмета.

В пособии А. О. Бухановским существенно переработана глава «Общая психопатология в свете основных положений методологии диагностического процесса в психиатрии». В ней впервые рассмотрены представления о соотношении нормы и патологии, здоровья и болезни, о психотическом и непсихотическом уровне психических расстройств, а также введен новый подраздел «Подходы к пониманию психической нормы и патологии, здоровья и болезни», написанный А. Я. Переховым. В книгу вошли новые главы. «Основные психопатологические синдромы детского и подросткового возраста» написана А. И. Ковалевым, «Общая наркология» — А. С. Андреевым, «Функционально-локализационные аспекты патологии психической деятельности» — А. Я. Переховым и О. К. Тру-

фановой. А. О. Бухановским подготовлено приложение. В нем впервые даны материалы по сертификации специалистов — психиатров, наркологов, психотерапевтов, сексопатологов, вопросы тестового контроля, а также ответы к ним. Здесь же приводятся извлечения из соответствующих нормативных документов.

Коллектив авторов за истекшее время понес большую утрату: ушел из жизни Ю. А. Кутявин — один из наиболее талантливых ростовских психиатров, воистину правофланговый в коллективе преподавателей факультета повышения квалификации кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета. Утрата эта невосполнима, но коллеги и ученики Юрия Алексеевича подхватили перо, выпавшее из рук Учителя. Это доцент А. Я. Перехов, ассистенты кафедры А. С. Андреев, А. И. Ковалев, доцент О. К. Труфанова.

Надеемся на то, что этот труд окажется полезным для наших коллег, что станет самой большой наградой для авторов. Будем благодарны за любые замечания и предложения, которые постараемся учесть при издании книги.

Наш адрес: 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 31 б, кафедра психиатрии.
Тел.: (8632) 65-31-10, 53-79-66, 53-79-33.
Факс: (8632) 53-06-11.
Телекс: E-mail: buh@jeo.ru

1 ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ В СВЕТЕ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПСИХИАТРИИ

1.1. ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Человек как биосоциальное явление в качестве объекта психиатрии рассматривается как диалектическое единство двух подструктур: организменной (биологической) и личностной (социальной). Организм как *биологическая подструктура* может находиться в двух биологических альтернативных состояниях — нормальном или патологичном. Личность как *социальная подструктура* также может находиться в двух социальных состояниях — здоровом и больном. Следовательно, широко применяемые в психиатрии термины («патологическая личность» или «патологическое развитие личности») представляются не до конца корректными. Состояния соматической и душевной сферы (психических функций) могут быть оценены в критериях нормы и патологии, состояния духовной сферы — только в критериях здоровья и болезни. Психические функции (восприятие, мышление, память и т. д.) бывают патологичными или нормальными, а человек — только психически здоровым или психически больным, хотя в обыденной жизни понятия

«психически ненормальный» и «психически больной» являются синонимами.

В реальной медицинской практике патология весьма часто совпадает с болезнью, а норма — со здоровьем. Но нередки случаи, когда происходит расхождение. Например, у человека, находящегося в выраженном алкогольном или наркотическом опьянении, отмечаются признаки патологии практически всех психических функций, но больным он не является (как и человек, находящийся в трансовом состоянии). Это «особое» состояние самосознания, рассматриваемое в рамках психологии, а не как психопатологический синдром пароксизмального помрачения сознания, например, шаман или «вновь рождающийся» при ребефинге (психотерапевтическая методика), также не являются больными, но у них проявляются признаки патологии. У лиц без признаков патологии психических функций могут обнаруживаться грубые нарушения поведения, приводящие к социальной дезадаптации (аморальные поступки, жестокость, эмоциональная тупость, асоциальные и антисоциальные установки, и т. д.), в результате чего может быть диагностировано психическое расстройство. Кстати, обязательным критерием диагностики психопатий по Ганнушкину является критерий социальной декомпенсации.

Психиатрическая практика постоянно дает яркие свидетельства того, что человека нельзя рассматривать как абстрактную унифицированную совокупность жестко зафиксированных биологических и социально-психологических свойств. Наряду с определенными общими и устойчивыми жизненными проявлениями, характерными для всех людей, каждый человек обладает большим разнообразием индивидуальных особенностей и реакций, свойственных только ему. Поэтому при рассмотрении человека как объекта психиатрии в плане дихотомического деления здоровья — болезни следует уделять особое внимание проблеме индивидуальности в различных ее аспектах (биологическом, психологическом, социальном) и

проявлениях (в диалектическом единстве врожденных и приобретенных, устойчивых и постоянно меняющихся свойств).

В психиатрии существует два основных крайних направления, рассматривающих проблему соотношения психического здоровья и болезни.

Нозоцентризм — мышление врача ориентировано на поиск болезни или патологии. Проявляется тем, что любой отклоняющийся от ожидаемого признак человеческой психики квалифицируется как признак болезни, симптом или синдром. Доведенное до крайности и абсурда нозоцентрическое мышление во всем многообразии психической деятельности человека находит девиантность, «скрытые», «недоразвитые» или явные психические болезни. Подобный подход ведет к «профессиональному кретинизму», ортодоксальности, патернализму и, часто сочетаясь с гипердиагностикой психических болезней, способствует нарушению прав человека.

Нормоцентризм — мышление врача ориентировано на поиск только саногенных факторов. При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения психологизируются, объясняются ситуацией, воспитанием, социальной действительностью и не выводятся за рамки психического здоровья. Абсолютизация этого принципа лежит в основе антипсихиатрии.

Современное отношение к проблеме психического здоровья должно исходить из принципа «презумпции психического здоровья»: никто не может быть объявлен психически больным до тех пор, пока это не будет убедительно доказано и не будет установлен общепринятый диагноз психического расстройства. Никто не должен доказывать отсутствие у себя психической болезни и оправдываться. Гражданин изначально для всех (в том числе для государственных органов) психически здоров и не обязан подтверждать это.

Существует несколько подходов к разграничению психического здоровья и психической болезни, или расстройства:

1. Биологический. Жизнь человека сводится к «природной целесообразности», т. е. человек должен вести себя так, как это «определено» природой или Богом. Примером биологического подхода может явиться разграничение «нормального» или «ненормального» сексуального поведения человека. Если оно направлено не на продолжение рода, а только для получения чувственного удовольствия, появляется возможность диагностировать «сексуальное и психическое нездоровье». В частности, еще Крафт-Эбинг предлагал диагностировать психическую болезнь у замужних женщин в случае их промискуитетного поведения.

2. Естественнонаучный. При таком подходе возникает готовность к диагностическому заключению по отдельным фактам: патология родов, обнаружение на ЭЭГ повышенной судорожной готовности, выявление на компьютеротомограмме кисты прозрачной перегородки, и т. п. При этом диагностируется не обнаруженная патология, а психическая болезнь.

3. Социальный. Любое проявление социальной декомпенсации, антисоциальное поведение, какова бы ни была их причина, диагностируется как психическое расстройство (концепция Ч. Ломброзо). В частности, любая суицидальная попытка трактуется как проявление душевного расстройства.

4. Экспериментально-психологический. Та или иная ненормативность психической функции, ее отклонение от среднестатистических показателей приводит к обнаружению «ненормальности». Особенно часто это происходит при сочетании нескольких таких отклоняющихся показателей, и тогда предлагается выносить заключение о психическом расстройстве.

На самом деле диагностируется психическое расстройство или болезнь исключительно с помощью клинико-феноменологического и клинико-психопатологического метода, структурно-динамического анализа и является прерогативой клинической психиатрии, которая неотделима от биологической, социальной, этнокультуральной психиатрии, а также клинической психологии. Понятие психической болезни появляет-

ся при нарушениях в области душевной патологии (эндогенные заболевания), а не в области соматики или духовности, хотя патология здесь также может приводить к нарушению психического здоровья (экзогенные, соматогенные и психогенные заболевания). Изолированное рассмотрение телесного и духовного — компетенция не клинической психиатрии: в первом случае эта задача биологии, морфологии, физиологии, соматической медицины, во втором — психологии, социологии, философии. Однако ни те, ни другие не имеют юридического и профессионального права решать вопрос о наличии или отсутствии у данного человека психической болезни.

Вектор норма—патология носит характер континуума. В реальной жизни в популяции существуют плавные переходы от одного состояния к другому. Вектор здоровье—болезнь континуумом не является, и здесь можно отметить ступенеобразность переходов.

Степени состояния психического здоровья были описаны С. Б. Семичовым в 1979 г. При этом принципиального различия между нормой и здоровьем автором, выделившим пять степеней состояния психического здоровья, не делалось. Фактически речь идет не о здоровье, а о норме, что мы постоянно и подчеркиваем, указывая в скобках слово «норма».

1. Идеальное здоровье (норма), или эталон, — не встречающееся в реальной жизни гипотетическое психическое состояние, все составляющие которого соответствуют некоторым теоретическим нормам, гармонично интегрированы, создают условия для полной психосоциальной адаптации и психического комфорта в реальной природной и социальной действительности и соответствуют нулевой вероятности психической болезни или психической нестабильности.

2. Среднестатистическое здоровье (норма) — показатель, который является производным усредненных психологических характеристик конкретно избранной и изученной (по полу, возрасту, социальному положению, территории проживания, и т. п.) популяции. Как каждый статистически ус-

тановленный показатель, он вероятностен, допускает определенную степень колебаний (со знаком «+/−») и отклонений от идеального здоровья. Тем самым этот показатель предполагает определенный риск психического расстройства, и в исключительных случаях краевые отклонения в состоянии такого здоровья могут соответствовать краевым вариантам некоторых заболеваний, например неврозоподобным расстройствам при сосудистых заболеваниях, клинике алкоголизма в определенной социальной прослойке, и т. п.

3. Конституциональное здоровье (норма) — соотнесение определенных, довольно специфических типов психического состояния здоровых людей с тем или иным типом телесно-организменной конституции (конструкции, устройства). С этим согласуется мнение о том, что подобные сочетания создают предрасположение к определенному кругу заболеваний. Последнее даже послужило основанием для их терминологического обозначения (типирования): эпилептоидный (атлетоидный), циклоидный (пикнический), шизоидный (лептосомный) тип.

4. Акцентуация — вариант психического здоровья (нормы), который характеризуется особой выраженностью, заостренностью, непропорциональностью некоторых черт характера всему складу личности и приводит ее к определенной дисгармонии. Акцентуация, не препятствуя адаптации личности в социальной среде, в большей или меньшей степени суживает границы этой адаптации и тем самым предопределяет ситуационную уязвимость личности, увеличивает риск возникновения психических расстройств, как правило, психогенных. К акцентуациям могут быть отнесены некоторые аномалии личности, односторонняя одаренность, явления непатологического психического дизонтогенеза, и пр.

5. Предболезнь — появление первых, разрозненных, эпизодических, синдромально незавершенных признаков психической патологии, дисфункции, являющихся причиной и условием нерезких нарушений социальной адаптированности.

Общее здоровье определяется как состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (по ВОЗ).

Основные критерии общего здоровья:

- структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- сохранность привычного самочувствия.

Психическое здоровье — одна из важнейших составляющих общего здоровья.

Критерии психического здоровья (по ВОЗ):

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Как и в любом общем определении и в этом определении общего здоровья выявляется ряд существенных недостатков, особенно когда речь идет о психическом здоровье. В частности, понятия душевного и социального благополучия слишком широкие и не соответствуют практическому пониманию здоровья. И психически здоровый человек свое душевное состояние и социальное положение в определенные трудные

или неблагоприятные периоды жизни (безответная страстная любовь, крах профессиональной карьеры, и т. п.), субъективно может воспринимать как неблагополучные.

В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

МКБ-10 заменяет понятие «психическая болезнь» более общим и аморфным понятием «психическое расстройство». Последнее в МКБ-10 и DSM-IV определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья». Как видно, и здесь происходит смещение понятий «норма» и «патология».

Именно поэтому мы считаем, что психическую болезнь расстройство или аномалию следует рассматривать как ***сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья.***

1.2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПСИХИАТРИИ

В клинической практике пациент приходит к врачу-психиатру обычно по собственной инициативе реже — третьих лиц, как правило, родных и близких. Поводом обращения является нечто, что предстает в их понимании как нездоровье,

болезнь, расстройство, в том числе как нарушение психического здоровья или поведения. Центральный мотив обращения — потребность в помощи, устранении беспокоящих пациента и его близких нарушений, дискомфорта и, соответственно, в восстановлении здоровья и психофизического комфорта. Именно это — *результат* деятельности врача — является целью больного, а не процесс осмысления болезни, не методы обследования и не путь анализа его состояния и расстройств.

Но результат является следствием некоего вмешательства, следствием некоторых специальных действий врача, адекватность и полезность которых напрямую зависят от адекватности и полноценности процесса распознавания, анализа и понимания сути болезни. Последнее и составляет диагностическое заключение, которое выступает фундаментом тактики лечения, профилактики, реадаптационно- реабилитационных мероприятий. Таким образом, познание болезни или расстройства, т. е. диагностика — первейшая, важнейшая и незаменимая часть успешной терапии. Принципиально важным является методологический подход к диагностике. Крупнейшим достижением и достоянием отечественной медицины, в том числе психиатрии, является нозологический принцип.

Выделение нозологических форм (единиц — таксонов*)

* Суть нозологической формы — ее биологическое ядро (этиология, патогенез, патоморфология). Здесь не видимые невооруженным глазом процессы или состояния, в том числе церебральные, проявляют себя вовне в виде «картины болезни», ее феномена** и как бы «в снятом виде» отражаются в специфике клинических проявлений (а также психопатологических) и в особенностях их развития. Таким образом, клинические признаки болезни, включая психопатологические, объективны по своему происхождению и достаточно информативны для понимания природы расстройства, закономерностям существования и развития которого они подчиняются и отражают. Полноценное их исследование и анализ позволяют познать и понять суть болезни, установить диагноз.

** Феномен болезни — реальное медицинское явление, событие, объект. Он состоит из отдельных признаков, связанных едиными этиологией и патогенезом.

(*рис. 1.*) означает стремление к познанию болезней и расстройств в единстве клиники, этиологии, патогенеза, морфофункционального субстрата, которым соответствуют принципы выбора и формирования стратегии и тактики лечения, реабилитации, реадаптации, профилактики, решения экспертных и социально-правовых вопросов, а также ряда социально значимых проблем, в частности такой, как медико-генетическое консультирование.

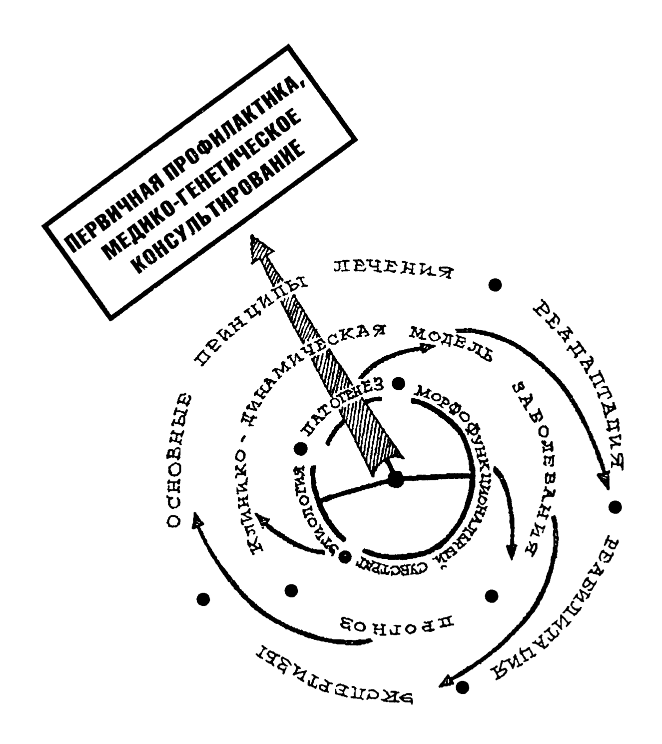


Рис. 1. **Структура нозологической единицы**

Современная психиатрия характеризуется тем, что конкретная этиология известна лишь у небольшого числа нозологически самостоятельных расстройств и болезней, в боль-

шей или меньшей степени относящихся к компетенции врачей-психиатров. К таковым принадлежат: прогрессивный паралич, сифилис мозга, СПИД, классический вариант травматической болезни мозга, фенилпировиноградная олигофрения, алкоголизм, наркомании и некоторые другие. В то же время при большинстве психических болезней, расстройств, аномалий окончательные, конкретные знания, законченные учения и теории об их этиологии и патогенезе отсутствуют. Казалось бы, данное обстоятельство исключает возможность реализации нозологического принципа в психиатрии, что, кстати, и было одной из причин введения МКБ-10, являющей собой уступку описательно-феноменологическому подходу к выделению и систематизации психических болезней.

Однако данный факт никоим образом не может стать препятствием для выделения отдельных нозологических форм. Все мы участники и свидетели того интенсивного процесса мультидисциплинарного познания психических расстройств, который лавинообразно нарастает во всем мире. Результаты этого познания позволяют констатировать тот факт, что большинство видов психических заболеваний и расстройств вполне обоснованно могут быть отнесены к одному из четырех родов заболеваний, выделенных по принципу соотносительного вклада в возникновение психических нарушений наследственных, средовых (материальных и социально-психологических) факторов и первично нецеребральной патологии: группы эндогенных, экзогенных, психогенных и соматогенных психических расстройств. Несмотря на то, что в данном случае этиологическая компонента нозологической единицы представлена не конкретным, а более общим знанием, само по себе это уже дает возможность для понимания и трактовки особенностей и специфичности клиники и развития болезни, принципов лечения (в том числе патогенетического), реадаптационно-реабилитационной тактики, профилактики и пр., а также для определения направлений и тактики

дальнейших научных исследований природы определенных нозологий.

Встреча пациента и врача имеет сугубо прагматическую мотивацию — получить определенный непосредственный результат, с нетерпением ожидаемый всеми — и больным, и его родственниками и близкими, и врачом, и обществом. Именно эта прагматичность отражена в содержании третьей, наружной, орбиты любой нозологии: тактика лечения, реадаптационно-реабилитационных мероприятий, экспертиз (временной нетрудоспособности, медико-социальной, военной, судебно-психиатрической и пр.). Однако, о чем сказано выше, степень успешности и адекватности лечебно-реабилитационно-экспертной деятельности врача напрямую зависит от степени и адекватности познания внутреннего, фундаментального этиопатогенетическо-морфологического ядра болезни, соотнесения частного случая с конкретной нозологией — от установления диагноза заболевания.

Диагноз — краткое, обобщенное заключение о болезни как таковой. Он напрямую связан с уровнем знания в той или иной отрасли медицины, а также с доминирующими в ней концепциями и существующей классификацией, что особенно актуально для психиатрии. Определение диагноза является задачей процесса диагностики. Главное предназначение — адекватное осуществление медицинской помощи и решение медико-социальных вопросов. Именно поэтому, не выделяя отдельных компонентов такой помощи, ее и называют *лечебно-диагностическая помощь.*

Логика лечебно-диагностической помощи такова, что, несмотря на то, что слово *лечебно* в данном словосочетании стоит первым, *помощь* начинается с *диагностической* работы. В момент первой встречи пациента с врачом этиопатогенетическое ядро болезни, аномалии или расстройства от врача скрыто. Его еще предстоит обнаружить, найти, познать, что и является основной задачей диагностики — процесса распознавания в частном, конкретном случае специ-

фического нозологического образования со всеми свойственными именно ему компонентами всех трех орбит. Единственный здесь путь — выявление и исследование клинико-динамической модели болезни, которая как бы «в снятом виде» закономерно отражает скрытые от глаза исследователя процессы. Именно это объясняет, во-первых, почему помощь больному начинается с выявления, описания, систематизации ее клинической компоненты — средней, промежуточной орбиты нозологии, а во-вторых, принципиальную важность диагностической работы, от чего зависит успешность и результативность всей остальной помощи больному.

Определение правильного индивидуального диагноза*, основанного на нозологическом принципе, и является формой перевода этой возможности в реальность.

Только правильный индивидуальный диагноз, основанный на нозологическом принципе, позволяет разработать соответствующую терапевтическую стратегию и тактику, наметить реадаптационные и реабилитационные мероприятия. От него зависит полнота, объем и качество лечения и, соответственно, судьба, а иногда и жизнь больного.

Диагностика — процесс распознавания болезни во всем ее много- и своеобразии с оценкой индивидуальных биологических, психических и социальных особенностей пациента. Это — одна из специфических форм познания, а в данном случае — познания феномена болезни. И как познание диагностика должна быть построена методологически правильно, иметь внутреннюю логику, динамику и соответствовать определенным принципам:

- этапность; развернутость во времени;
- направленность от частного к общему, от внешнего к внутреннему, от случайного к сущностному, к причинно-след-

---

* Индивидуальный диагноз — частный вариант протекания нозологически самостоятельной болезни в конкретных возрастных, природно-антропогенных, микросоциальных, психологических и биологических условиях.

ственным отношениям, от познания к практике как единственному критерию истины.

Нарушение методологии, логики и этапности диагностического процесса неуклонно ведет к диагностическим ошибкам и, как результат, к формированию неадекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Первый этап диагностики — чувственное познание феномена болезни. Его задачи — выявление, выделение и подробное описание разнообразных признаков расстройства, в том числе психического.

На *втором этапе* происходит обобщение клинической информации — клинический анализ. Его задачи — гипировать выявленные признаки терминологически, т. е. обозначить их как симптомы, что является предметом семиотики, и систематизировать, объединив симптомы в синдромы, представляющие собой объект синдромологии.

На *третьем этапе* формируется идеальное представление о болезни конкретного человека — диагностическое заключение о нозологической форме. Его задача — построение клинико-динамической модели болезни конкретного больного с формированием представления об особенностях динамики синдромов (синдромогенезе и синдромокинезе), а также о закономерностях взаимосвязи и сменяемости различных синдромальных образований — синдромотаксисе, что на данном этапе должно быть объединено со всей имеющейся в распоряжении врача информацией. Именно это единение являет собой базис для формирования диагноза, на основании которого и вырабатывается конкретная терапевтическая тактика.

Реализация требований ***первого этапа*** осуществляется путем обследования.

Обследование проводится с помощью специальных приемов и методов диагностической техники. Единственной его задачей является обнаружение отдельных признаков болезни. Различные способы, методы и средства диагностической техники неизмеримо расширяют возможности и грани-

цы досягаемости чувственной сферы (чувственного познания) исследователя, позволяют органам чувств отразить то, что в обычных условиях не может быть отражено, то, что обычному человеку недоступно.

Обследование позволяет обнаружить, описать отдельные признаки болезни (как явные, так и скрытые) и выявить все их качественные черты. Признак болезни — понятие клиническое. Он связан с непосредственным восприятием врачом отдельных свойств и качеств расстройства у конкретного больного. Объем, глубина отражения признака зависят не только от разрешающей способности методов, но и от индивидуальных качеств исследователя-врача — его квалификации, знаний, опыта, наблюдательности, ответственности и чувства долга, часто — от неторопливости врача, который должен знать, *что, как и каким способом* он должен искать. Выделение признаков отражает эмпирический, чувственный уровень познания.

Признаки бывают *явные* и *скрытые.* При этом явные признаки порой несут гораздо меньшую клиническую информацию и бывают не столь важны, как признаки скрытые. Поиск скрытых признаков с помощью различных методов диагностики — одна из важнейших задач обследования пациента.

Понятие «скрытый признак» не означает, что он незаметен или на самом деле сокрыт от непосредственного восприятия. Он может бросаться в глаза даже непосвященному в медицину человеку: например, такой признак, как обширная гемангиома лица в области иннервации верхней и средней ветвей тройничного нерва. Но если психиатр, наблюдающий пациента с пароксизмами судорог и выключений сознания, элементарно не знает клиники факоматозов, то он и не обратит внимания на пылающее пятно (факос) — гемангиому, не станет искать сопровождающих ее повышения внутриглазного давления, гемангиому мягкой мозговой оболочки и, соответственно, не включит их в перечень признаков феномена болезни. Они так и останутся скрытыми и нераспознанными. На последующих этапах диагностического процесса анализ и трактовка фено-

мена болезни будут неверными, и на третьем этапе будет поставлен ошибочный диагноз, скорее всего — «последствия перенесенной перинатальной травмы» (экзогенное заболевание), тогда как такое эндогенное поражение мозга, как «синдром Штурге—Вебера», останется нераспознанным. Грубой методологической ошибкой с практическими неблагоприятными последствиями является определение диагноза на этапе манипулирования признаками.

Патогенез любого заболевания, в том числе психического, проявляет себя вовне в виде «картины болезни», ее феномена. Феномен — реальное клиническое явление, событие, объект и т. д. Как правило, он включает большое число отдельных признаков. На первом этапе диагностики признаки должны быть не только обнаружены и выделены, но и подробно и тщательно описаны, что крайне важно для результатов последующей диагностики. Упущенное на этом этапе в последующем очень трудно восстановить.

Так, например, один из признаков сложного и многообразного феномена болезни — наличие «голосов». Но мало просто установить его. Необходимо выявить и описать качественное своеобразие всех черт данного признака, что демонстрирует следующее клиническое наблюдение:

Больной слышит «голоса» двух незнакомых мужчин, которые ведут разговор друг с другом в соседней квартире, не догадываясь о том, что он их слышит. Разговор воспринимается обычным способом, ухом. Больной убежден в реальности «разговора», удивлен, что жена ничего не слышит, считает, что она притворяется, стремясь его успокоить. Больной рассказывает, что тон говорящих суровый. Они осуждают его за пьянство и связанное с этим аморальное поведение, договариваются «зверски избить». «Голоса» появились вечером и резко усилились к ночи.

Такое детальное описание признака создает возможность на следующем этапе диагностического процесса типировать симптом не просто как слуховые галлюцинации, а как истинные слуховые диалогические галлюцинации питейного

(хульного и угрожающего) содержания. При объединении всех симптомов в структуру синдрома это поможет не только в определении синдрома как острого вербального галлюциноза и его типичного варианта, но и в нозологической квалификации случая, так как питейное содержание более всего характерно для алкогольных психозов.

Хотя арсенал диагностических средств огромен и продолжает неуклонно расти, исторически и гносеологически сложилось так, что первыми в процессе чувственного познания феномена болезни применяются клинические методы: наблюдение, беседа, изучение продуктов творчества больных и пр. Однако как бы совершенны и точны эти методы ни были, следует помнить, что с их помощью определяются только признаки болезни, а не диагноз. Каждый из обнаруженных признаков отражает лишь определенное свойство или качество патологического процесса, выявляемое с помощью адекватного метода исследования. Все патологические свойства-признаки находятся в определенной взаимосвязи, обусловленной патогенезом болезни и теми уровнями функционирования организма, на которых они возникают и существуют (*табл. 1*).

Познание феномена болезни в психиатрии начинается с обнаружения *всех* имеющихся у пациента признаков, а не только психопатологических. После их анализа, систематизации, изучения динамики и формирования диагностических гипотез планируется объем дальнейшего обследования, применение методов которого позволяет уточнить выявленные ранее признаки и обнаружить новые, скрытые. Такой подход дает возможность отнести конкретный случай к тому или иному роду заболеваний. Так, если патологический процесс начинается на генетическом уровне (наследственные и эндогенные болезни), в него вовлекаются все вышележащие уровни функционирования, что проявляется специфическими признаками. В тех случаях, когда повреждающий фактор первично поражает морфологию (травма, инфекция и пр.), патогенетическая цепь «запускается» на структурном уровне;

Таблица 1

Иерархия уровней функционирования организма, соответствующих им патологических признаков и методов их выявления *

Иерархия уровней	Патологические признаки	Методы
Психический	Психопатологические ↑	Клинические: наблюдение, беседа, осмотр, изучение продуктов творчества, анамнез, экспериментально-психологические, нейропсихологические исследования и др. ↓
Физиологический	Отражающие патофизиологические явления (в том числе высшей нервной деятельности) ↑	Клинические и параклинические: физикальный (аускультация), неврологический, электроэнцефалографический, реоэнцефалографический, термометрия и др. ↓
Иммунологический и метаболический	Отражающие патоиммунные процессы и нарушения метаболизма ↑	Иммунологические, биохимические и др. ↓
Структурный (образование и функционирование белков)	Структурно-морфологические (на уровнях молекулярном, органелл, клеточном, тканей, органов, систем) ↑	Гистохимические, радиоизотопные, микроскопические, ультразвуковые, рентгенологические, томографические, физикальные (пальпация, перкуссия), антропометрические, эндоскопические, цитологические и др. ↓
Генетический	Обнаруживающие мутацию генов или хромосом	Генетические: цитогенетические, генеалогический, близнецовый и др.

* Методологическим положением диагностики в психиатрии является то, что на первом этапе познания феномена болезни обнаружение признаков идет в направлении, противоположном порядку их становления и взаимосвязи, что показано стрелками.

при ряде интоксикаций и некоторых инфекционных поражениях — на метаболическом и иммунологическом; при психогениях — на физиологическом уровнях.

При определенной условности и схематичности указанного принципа он позволяет подчеркнуть ценность первого этапа диагностики.

Каждый род заболеваний имеет свойственные именно ему закономерности развертывания во времени биологических механизмов. Внешним выражением такой закономерности является сменяемость психопатологических особенностей. Это проявляется не только определенным набором признаков, но и порядком их возникновения и трансформации, что составляет стереотип развития патологических признаков болезни на каждом уровне функционирования организма.

Будучи субъективными по своей форме, психопатологические признаки объективны по происхождению, они косвенно как бы «в снятом виде» отражают внешне невидимые биологические процессы и подчиняются всем общепатологическим закономерностям. Следовательно, диагностика психических заболеваний должна строиться в соответствии с общей теорией патологии человека. Поэтому клинический метод является не только начальным, но и ведущим на этапе распознавания признаков болезни. Данные же любого параклинического обследования, как бы современны и точны они ни были, получают диагностическую ценность и значимость исключительно при клиническом анализе, который использует всю медицинскую информацию. Его основной путь — от признака к симптому, от симптомов к синдрому с распознаванием синдромогенеза и синдромокинеза, затем к синдромотаксису и лишь потом — к нозологической квалификации случая.

На ***втором этапе*** диагностического процесса проводится клинический анализ, терминологическое типирование и систематизация симптомов. При этом большое значение приобретает такой важный аспект диагностики, как семиотика.

Ее предмет — выделение и изучение диагностического значения отдельных признаков и их связи с патологией. Описание и обозначение патологических признаков осуществляется с помощью системы симптомов.

Симптом — абстрактное понятие (результат врачебного суждения или умозаключения), обозначающее строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией. Это — терминологическое обозначение патологического признака. Не каждый признак является симптомом, а только названный при установлении его причинно-следственной связи с патологией. С называния симптома начинается профессиоальная коммуникация. Для последней необходима унификация терминологии, в том числе психиатрической, которая является не только материалом для методологически правильного построения диагноза, но и основной формой профессиональной коммуникации. Психиатры должны «видеть одинаково», т. е. одни и те же признаки обозначать одними и теми же терминами. Каждая отрасль медицины имеет свой семиотический аппарат. Семиотический аппарат психиатрии определяется набором психопатологических симптомов.

Выявление симптомов в большинстве случаев позволяет лишь констатировать факт наличия болезни вообще и отнести ее к той или иной отрасли медицины, так как каждая клиническая наука имеет их особый набор. Специфическими для психиатрии являются психопатологические симптомы. Они делятся на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т. д.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного пси-

хического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т. п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее — позитивные.

Феномен болезни проявляется не единичным признаком и симптомом, а их набором. Структура и характеристики последнего зависят от рода заболевания (экзо-, эндо-, психо- и соматогенное происхождение или их сочетание), характера повреждения (воспаление, интоксикация, дегенерация и т. д.), особенностей нейрогуморальных механизмов, связанных с формированием комплекса признаков болезни, и т. д.

Совокупность всех симптомов, выявленных в процессе обследования конкретного больного, образует симптомокомплекс. Выделение его — следующий, более высокий по сравнению с определением симптомов уровень познания болезни. Но и этот уровень еще далеко не достаточен для определения болезни, так как набор симптомов может быть обусловлен разнообразными факторами (патогенетическими, патопластическими, конституционально-индивидуальными, социальными, модифицирующими и пр.).

Симптомокомплекс отражает реальную картину болезни на момент обследования и является конкретным проявлением имеющейся у больного совокупной патологии. В нем выделяется ряд *закономерно* сочетающихся друг с другом симптомов, образующих синдром.

Синдром — строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

Например, зрительные истинные сценоподобные галлюцинации типа зоопсий + однотематический содержанию галлюцинаций острый чувственный бред + однотематическое

содержанию галлюцинаций эмоциональное напряжение + однотематическое содержанию галлюцинаций психомоторное возбуждение (галлюцинаторно-бредовой вариант) + аллопсихическая дезориентировка с сохранением аллопсихической ориентировки + частичная конградная амнезия реальных событий с сохранением воспоминаний о психопатологических переживаниях. Данное закономерное для делириозного синдрома сочетание симптомов обусловлено патогенезом экзогенной интоксикации. Такие устойчивые закономерные сочетания симптомов называются синдромом.

Определение симптомокомплекса происходит при непосредственном восприятии конкретной патологии. Симптомокомплекс может не совпадать по количеству симптомов с синдромом, включать симптомы, не входящие пока ни в один синдром, а также представлять собой сочетание нескольких синдромов (психопатологических, вегетовисцеральных, неврологических, соматических).

Например, в депрессивном симптомокомплексе закономерно сочетание психопатологических симптомов депрессивного синдрома (тоска, замедление темпа мышления, депрессивная гипобулия, ангедония, голотимическое содержание мышления в виде идей малоценности, виновности, самоуничижения, суицидальных намерений) с набором вегетовисцеральных симптомов, включенных в синдром Протопопова (тахикардия, тенденция к артериальной гипертензии, гипергликемии, анорексия, запоры, падение массы тела, отсутствие менструаций, миоз). Или при нозологически самостоятельном заболевании — Корсаковском психозе закономерно сочетание психопатологических симптомов, характерных для Корсаковского синдрома (антероградная амнезия, замещающие конфабуляции, амнестическая дезориентировка, анозогнозия, адинамия или суетливость), с неврологическими симптомами, объединенными полиневритическим синдромом.

Симптомы и синдромы — теоретические понятия — позволяют описать болезнь строго формализованно, что дает

возможность врачу при формировании диагноза перейти от констатации наличия патологии вообще («задача симптома») к распознаванию патогенеза («задача синдрома») и этиологии болезни, т. е. к пониманию ее сущности.

В структуре психопатологического состояния («поперечник» заболевания) значимость симптомов различна. Определяющие индивидуальное своеобразие синдрома, они делятся на обязательные (среди них есть ведущие), дополнительные и факультативные. Возникновение обязательных симптомов обусловлено основными патогенетическими механизмами болезни. Дополнительные отражают тяжесть, выраженность патологического процесса, а факультативные связаны с модифицирующим влиянием различных добавочных патопластических факторов.

Ведущие симптомы характеризуют принадлежность данного психопатологического синдрома к определенной группе. Это симптомы, без которых данный синдром не существует. Характерной чертой ведущих симптомов является то, что при становлении синдрома они появляются раньше других симптомов, а при обратном развитии синдрома исчезают во многих случаях в последнюю очередь. Например, к ведущим относят симптом тоски при депрессивных синдромах, симптом истинных слуховых галлюцинаций при вербальных галлюцинозах.

В тех случаях, когда в качестве ведущего выступает лишь один симптом, синдром носит название простого (малого). К *простым* относятся сенестопатоз, галлюциноз, паранойяльный, депрессивный, маниакальный, астенический и некоторые другие синдромы. В тех случаях, когда ведущих симптомов два и более, синдром называется сложным (большим). К *сложным* относятся параноидный, парафренический, аффективно-параноидный, кататонический и др. Удельный вес и соотношение ведущих симптомов позволяют выделить отдельные клинические формы сложных синдромов. Примером могут служить кататоно-онейроидная, аффективно-онейроидная, онейроидно-бредовая формы онейроидного синдрома.

2. Зак. 213

Обязательные симптомы, как и ведущие, имеют прямое отношение к патогенетическим механизмам развития болезни и тесно с ними связаны. Они дают возможность выделить из группы синдромов конкретный синдром, диагностировать его типичный вариант и отделить от сходных состояний. Например, ведущий симптом — витальная тоска — позволяет отнести феномен болезни к группе депрессивных синдромов, а обязательные симптомы — гипокинезия и замедление темпа мышления — выделить его в самостоятельный вариант, назвать его «депрессивный синдром классического типа» и дифференцировать с иными депрессивными состояниями, например, с ажитированной депрессией.

Ведущие и обязательные симптомы с позиции формальной логики относятся к существенным признакам синдрома. При этом ведущие симптомы — родовые признаки синдрома, а обязательные — его видовые отличия.

Дополнительные симптомы характеризуют признаки, которые закономерно встречаются в рамках определенного синдрома, но могут и отсутствовать. Они свидетельствуют об определенной тяжести патологического процесса, сопровождающегося появлением данного синдрома, степени его клинической выраженности. Так, голотимические бредовые идеи пониженной самооценки, суицидальные мысли, намерения, замыслы и действия, являясь дополнительными симптомами в структуре депрессивного синдрома классического типа, указывают на его психотический уровень, особую тяжесть, позволяют отличить от непсихотического субдепрессивного синдрома и являются клиническим показанием для применения медико-социальных мер, в частности недобровольной госпитализации.

Факультативные симптомы имеют еще меньшую связь с базисным патогенезом. Их появление большей частью зависит от действия превходящих патопластических факторов («почвы»), модифицирующих структуру синдромов. Они позволяют выделить атипичные варианты последних. Например,

появление в структуре субдепрессивного синдрома таких факультативных симптомов, как выраженные соматовегетативные расстройства, фобии, обсессии, сенестопатии и др., позволяет типировать его атипичный вариант, называемый ларвированной субдепрессией. Дополнительные и факультативные симптомы с позиции формальной логики относятся к несущественным признакам синдрома. При этом дополнительные симптомы — собственные признаки, а факультативные — несобственные.

Таким образом, разделение симптомов, образующих синдром, на ведущие, обязательные, дополнительные и факультативные дает возможность не только отнести конкретное синдромальное образование к той или иной группе, но и выделить его здесь в конкретный вид, определить выраженность, форму, типичный или атипичный вариант синдрома.

Психопатологические синдромы — структуры, изменяющиеся во времени, что делает необходимым изучение их синдромокинеза.

Синдромокинез — раздел семиотики, изучающий динамику возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома (от момента возникновения до полного регресса). Структурно-динамические варианты его отражают определенные варианты патогенеза и косвенно о них свидетельствуют. Синдромы могут развиваться этапно (*непароксизмальные*) и мгновенно (*пароксизмальные*). Более подробно об этом см. в 3.1.6.

По степени структурной завершенности синдромы делятся на развернутые и абортивные (редуцированные, неразвернутые). ***Развернутым*** называется синдром, структура которого достигает максимальной степени выраженности. В тех случаях, когда синдромокинез ограничивается одним из промежуточных этапов и дальнейшего развития синдрома не происходит, а его структура имеет незавершенный характер, синдром называется ***абортивным***.

На ***третьем этапе*** диагностического процесса применяется динамический подход к изучению не только возникновения, становления, развития и регресса психопатологических синдромов, но и их взаимосвязи — ***синдромотаксиса***. Последний характеризует патогенетическую однородность, особенности и порядок сочетаний, изменчивость и скорость чередования синдромов в «длиннике» психического заболевания. Синдромотаксис представляет собой переход диагностического процесса на более высокий уровень систематизации и обобщения клинических данных уже в рамках патокинеза и нозологической предпочтительности синдромов. В нем отражена определенная закономерность развития клиники болезни, ее психопатологический стереотип, где все — от начала и до конца — присуще именно этому заболеванию: синдромы инициального этапа, манифеста, апогея, финала.

Каждая нозологическая единица имеет свой предпочтительный синдромотаксис. Оценка заболевания с позиций синдромотаксиса позволяет сделать вывод, что каждому этапу психического заболевания соотвествует свой достаточно строго очерченный «ассортимент» психопатологических синдромов. Такой подход объединяет феноменологический, статистический и динамический принципы психиатрии.

Диагностика включает исследование корреляции между отдельными синдромами и между синдромами и нозологическими формами. Каждая нозологическая форма имеет свой синдромологический ассортимент, а каждый синдром имеет свои «нозологические зоны». При одних болезнях синдром остается относительно независимым, при других возникают препятствия для его проявления, при третьих создаются условия, благоприятствующие его развитию.

Существуют разнообразные варианты синдромотаксиса. Один из них заключается в усложнении трансформирующихся синдромов. Нередко это проявляется в том, что болезнь начинается простым синдромом, который по мере утяжеле-

ния патологического процесса усложняется, превращается в сложный за счет последовательного появления (присоединения) новых ведущих симптомов. Такой синдромотаксис указывает на утяжеление, прогрессирование, прогредиентность болезни. Наиболее типичен он для проградиентных заболеваний. Примером может служить синдромотаксис параноидной формы шизофрении: усложнение, при котором неврозоподобная симптоматика инициального этапа сменяется простым психотическим бредовым синдромом — паранойяльным, дальнейшее последовательное усложнение бредового синдрома и переход к параноидному, затем — к парафренному. При этом к систематизированному бреду присоединяются псевдогаллюцинации и психические автоматизмы, бред физического и психического воздействия, а впоследствии фантастические конфабуляции. Сложные синдромы на различных этапах развития болезни также имеют специфический синдромотаксис. Так, например, депрессивно-параноидный синдром по мере утяжеления процесса может трансформироваться в онейроидный.

Каждый вариант синдромотаксиса — специфическая клиническая информация о типе патогенетических закономерностей психического заболевания. При этом оказывается, что каждый синдром в рамках конкретного заболевания имеет свою историю, т. е. несет в себе информацию, делающую возможными реконструкцию прошлого и прогнозирование будущего психопатологического состояния.

Психопатологические синдромы разделяются также на ***позитивные*** и ***негативные***. При оценке заболевания необходимо рассматривать их в единстве и взаимосвязи. Такой принцип важен для понимания патогенетической сущности и нозологической предпочтительности синдромов. Психопатологические синдромы вне нозологически самостоятельных болезней не существуют. Проблема взаимной связи позитивных и негативных синдромов и нозологии исследована А. В. Снежневским (*рис. 2,3*).

Он, сопоставив укрупненные позитивные синдромы с нозологически самостоятельными болезнями, «рассортировал» их по тяжести на девять уровней. В рамках I уровня (*см. рис. 2*) рассматриваются наиболее общие позитивные синдромы с наименьшей нозологической предпочтительностью.

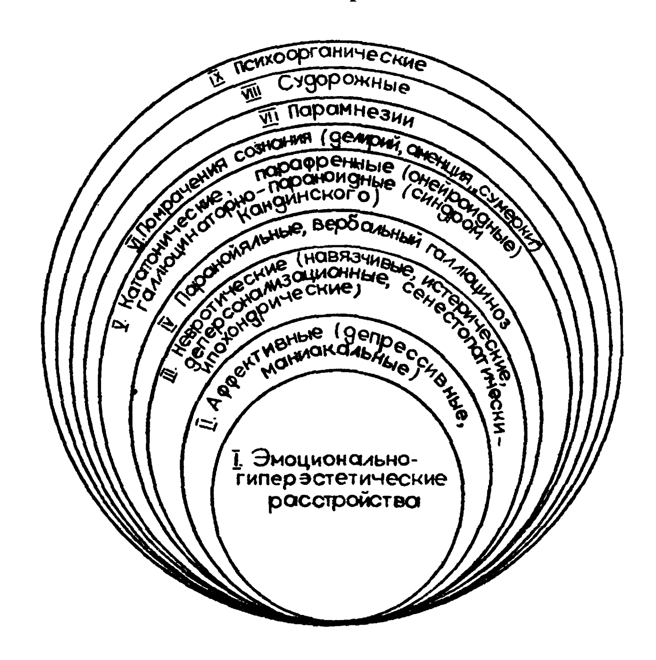


Рис. 2. **Соотношение тяжести позитивных психопатологических синдромов**

Они могут встречаться при всех психических болезнях. Синдромы I—III уровней соответствуют клинике типичного маниакально-депрессивного психоза, I—IV — клинике сложного маниакально-депрессивного психоза и краевым психозам (промежуточным между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией); I—V — клинике шизофрении; I—VI — клинике экзогенных психозов; I—VII — клинике заболеваний, занимающих промежуточное положение между экзогенными и

органическими психозами; I—VIII — клинике эпилептической болезни; I—IX — синдромальному спектру психических заболеваний, связанных с грубой органической патологией мозга.

При сопоставлении негативных расстройств (*см. рис. 3*) используется тот же принцип нарастающей тяжести. Так, уровень II, реже III, максимально достижим при маниакально-депрессивном психозе; уровень VII — при шизофрении; VIII — при экзогенных психических заболеваниях и эпилепсии; X — при грубых органических поражениях головного мозга.

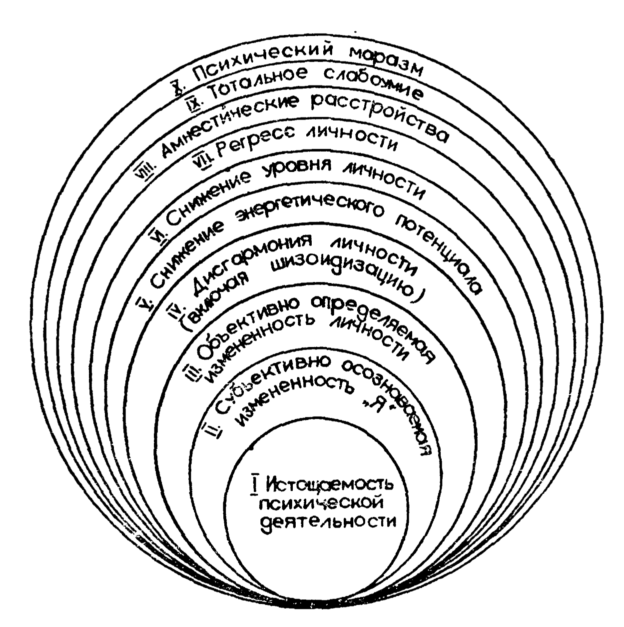


Рис. 3. **Соотношение тяжести негативных психопатологических синдромов**

В основе патогенеза психических заболеваний часто лежат механизмы, действующие по принципу саморазвития и самодвижения: возникновения, формирования, существования и динамики патологических систем (Крыжановский Г. Н., 1997). Именно функционирование патологических систем и

проявляется определенными синдромами и закономерностями их смены.

На каждого больного в течение жизни действуют различные патогенные факторы. Патогенез конкретного заболевания запускается и поддерживается только закономерными для него причинами, выступающими в качестве этиологических. Примерами могут служить механическое повреждение мозга при травматической болезни, мутация гена при фенилкетонурии, психотравма при неврозе, и т. д. Механизмы патокинеза (стереотипа развития патобиологического процесса во времени) закономерны и устойчивы, что и проявляется внешне закономерным синдромотаксисом и синдромокинезом. Любой этап болезни является продуктом предшествующего ее развития. В то же время в нем потенциально содержатся возможности дальнейшего течения заболевания. Именно в этом отражается единство статики и динамики последнего.

Важнейшие методологические положения теории диагноза применительно к психическим заболеваниям сводятся к следующим:

1. Ведущий симптом в рамках определенного синдрома обрастает «созвездием» других симптомов (обязательных, дополнительных, факультативных), характерных для данного случая заболевания или его варианта, что отражает особенности патогенеза и патокинеза болезни. Так, мизофобия (навязчивый страх заражения) довольно быстро «обрастает» навязчивыми влечениями, сложными ритуалами мытья рук, предохранения от заражения и подавленным настроением.

2. Любой нозологической форме присущи определенные синдромы и основные закономерности их смены, что характеризует психопатологический стереотип развития заболевания. Каждой самостоятельной нозологической единице присущ свой синдромотаксис. Так, для неврозов характерен набор невротических синдромов и исключаются бред и галлюцинации. Последние могут быть при шизофрении, при которой не наблюдается судорожного синдрома.

3. Каждый синдром при конкретной болезни имеет некоторую специфичность клинической структуры и течения, связанную с ее патогенетическими особенностями. Так, депрессия при маниакально-депрессивном психозе характеризуется суточными колебаниями настроения с улучшением к вечеру, витальной тоской и т. д., тогда как для депрессии при неврозах характерны ситуационные колебания настроения, кататимность переживаний, и т. д.

4. Структура и течение синдромов модифицируются индивидуальными особенностями больного при сохранении общего стереотипа синдромокинеза и синдромотаксиса. Даже при делирии на начальных этапах храбрый человек пытается бороться с галлюцинаторными образами.

Такой подход позволяет диагностировать конкретную психическую болезнь у конкретного больного, ее форму и тип течения, строить прогноз, формировать адекватные лечебные, реадаптационно-реабилитационные программы, и т. д.

Завершает процесс диагностики *обобщение* и *сопоставление* синдромотаксиса и информации, полученной при исследовании всех *иных* уровней патологического функционирования организма больного. Составляется медицинское заключение о патологическом процессе или состоянии, т. е. формулируется диагноз определенной нозологической единицы — идеальной модели болезни, обобщенно описанной в медицинских терминах и выраженной в языковых знаках. Этот раздел диагностики является предметом ***семиологии*** — науки о принципах соотнесения конкретной клинической картины с определенными нозологическими формами. В психиатрической семиологии целесообразно выделение рода, вида и типа заболевания.

В зависимости от ***рода*** заболевания, определяемого их этиологической принадлежностью, выделяют следующие группы:

1. Эндогенные — хромосомные, наследственные или с наследственным предрасположением (мультифакториальные)

болезни, патогенез которых обусловлен в основном изначально внутренними механизмами, сформированными генетически.

2. Экзогенные, при которых этиологический фактор, действуя из внешней материальный среды, при взаимодействии с организмом вызывает его повреждения, которые и формируют патогенез болезни и ее клинику.

3. Психогенные, при которых этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма — взаимодействие личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе отношений.

4. Соматогенные (симптоматические), при которых причиной психического расстройства является первично нецеребральное соматическое страдание, изменяющее внутреннюю среду организма так, что уже эта измененная среда становится патогенной для функционирующего мозга и вызывает разнообразные нарушения его деятельности. Например, гипогликемия при сахарном диабете приводит к оглушенности.

Вид болезни — отдельная нозологическая форма в пределах того или иного рода заболеваний. Видами эндогенных болезней являются шизофрения и маниакально-депрессивный психоз. Травматическая болезнь мозга, энцефалит и другие относятся к экзогенным; неврозы, реактивные психозы — к психогенным расстройствам; деменции и прочие психические нарушения при эндокринопатиях и иных соматических заболеваниях — к соматогенным.

Тип заболевания — разновидность конкретной нозологической формы, выделяемая по форме течения болезни или особенностям структуры ее ведущего синдрома. В частности, при маниакально-депрессивном психозе существует униполярный (депрессивный или маниакальный) и биполярный, или циркулярный, типы (по структуре фаз) и тип непрерывного, континуального течения.

В психиатрической практике встречаются два наиболее универсальных типа течения заболеваний — непрерывное и

приступообразное. В свою очередь, первое может иметь регредиентный, стационарный и прогредиентный (прогрессирующий) характер. Второе — фазный, рецидивирующий, рекуррентный и приступообразно-прогредиентный.

При ***регредиентном течении*** наблюдается обратное развитие симптоматики, регресс, упрощение, облегчение. В одних случаях отмечается практически полное восстановление психического здоровья и трудоспособности без склонности к возврату болезни, как это бывает при ряде острых психогенных расстройств, острых интоксикационных и инфекционных психозах, при неосложненных черепно-мозговых травмах, и т.п. В других случаях регресс симптоматики останавливается, стабилизируется на уровне той или иной остаточной психопатологической симптоматики, носящей в этом случае название резидуальной. Примером может служить психоорганический синдром на этапе отдаленных последствий тяжелого ушиба головного мозга. Резидуальные расстройства, как правило, в дальнейшем не имеют признаков утяжеления или усложнения. Если они все же появляются, следует искать новые, дополнительные повреждающие воздействия (инфекция, интоксикация, алкоголизация, повторные травмы, и т.п.).

Стационарное течение отличается стойкостью психопатологической симптоматики, не имеющей фактически никаких динамических тенденций ни в сторону облегчения и регресса, ни в сторону утяжеления и усложнения. Примером стационарного течения служит ряд олигофрений.

При ***прогредиентном течении*** клиническая картина носит характер неуклонного усложнения продуктивных и утяжеления негативных расстройств. В ряде случаев могут наблюдаться периоды, обычно непродолжительные, стабилизации симптоматики, ее некоторого побледнения, редукции и дезактуализации, но не исчезновения и упрощения ее. В структуре непрерывного прогредиентного течения психических заболеваний встречаются обострения симптоматики, на-

зываемые экзацербацией. Экзацербация — усиление степени выраженности основных проявлений болезни. Например, при параноидной шизофрении малоактуальные бредовые идеи преследования, не находившие отражения в поведении, при экзацербации становятся актуальными, эмоционально-насыщенными, генерализуются на большое число лиц и ситуаций, что сопровождается бредовым поведением. Прогредиентное течение имеют шизофрения, эпилептическая болезнь, пресенильные и сенильные деменции, многие наследственные энзимопатии, и пр.

При ***фазном течении*** в «длиннике» заболевания сочетаются фазы и интермиссии. *Фаза* — это приступ психического заболевания, структура которого исчерпывается обратимыми полярными аффективными синдромами. *Интермиссия* возникает после выхода больного из фазы и характеризуется практическим возвратом в состояние психического здоровья. Примером фазного течения является маниакально-депрессивный психоз.

Рецидивирующее течение наблюдается в тех случаях, когда на фоне резидуальной симптоматики возникают ее обострения, называемые рецидивом. *Рецидив* проявляется значительным усилением резидуальных (ведущих) симптомов с появлением и присоединением к ним дополнительных и факультативных. Он, как правило, ограничен во времени и завершается возвратом на уровень резидуальных психопатологических расстройств. Пример — рецидивирующий алкогольный слуховой галлюциноз.

Рекуррентное течение характеризуется сочетанием психопатологических приступов с ремиссиями. Приступы могут иметь структуру фазы или шуба. О фазе уже говорилось. *Шуб* — обратимый приступ психического заболевания, при котором возникают довольно сложные, полиморфные психопатологические синдромы, качественно отличающиеся по структуре от психопатологических ремиссий. *Ремиссия* — это межприступное состояние с временной остановкой или

снижением активности заболевания при наличии неполного восстановления психического здоровья (выздоровление с психопатологическим «остатком»).

Приступообразно-прогредиентное течение определяется в тех случаях, когда основные признаки прогредиентного течения (в ремиссиях) сочетаются с рекуррентным (в приступах). Признаки прогредиентности обнаруживаются в ремиссиях, которые прерываются приступами, характерными для рекуррентного течения психической болезни. Рекуррентное течение характерно для шизоаффективных психозов и рекуррентно-текущей шизофрении, а приступообразно-прогредиентное — для шубообразной шизофрении.

В развитии заболевания различают дебют, инициальный период, этап развернутой клинической картины, этап ее стабилизации и исход.

Дебют заболевания — это появление его первых признаков. ***Инициальный период*** характеризуется наличием неспецифических, непсихотических, общесоматических, вегетативных, неврозоподобных, психопатоподобных или эмоциональных расстройств с трудно выявляемой их нозологической предпочтительностью. На ***этапе развернутой клинической картины*** имеют место характерные для данной нозологической единицы синдромогенез, синдромокинез и синдромотаксис. Начало этого этапа может иметь манифестный (психотический) или неманифестный (непсихотический — неврозоподобный, субдепрессивный, гипоманиакальный и т. п.) характер. На ***этапе стабилизации*** прекращается дальнейшая трансформация симптоматики, ее усложнение и утяжеление. Симптоматика болезни как бы «застывает» на одном уровне с незначительными колебаниями интенсивности. ***Исходом*** психических заболеваний может быть: *полное выздоровление, неполное выздоровление с остаточной (резидуальной) симптоматикой, стабилизация состояния* на одном из уровней психопатологических расстройств, *глубокий дефект, смерть.*

Нозологическая форма — абстрактное обобщенное описание идеальной модели болезни, при сопоставлении которой с конкретной клинической картиной в процессе формирования индивидуального диагноза неизбежно возникают определенные трудности. Это связано с тем, что индивидуальное несравненно богаче, разнообразнее, изменчивее, нагляднее общего (в данном случае — общепатологического). Клиническая картина зависит не только от общих закономерностей патогенеза болезни, но и от конституциональных особенностей больного, его пола, возраста, социальных условий, действовавших на него в прошлом и существующих в настоящем, и т. д. При методологически правильном формировании индивидуального диагноза учитываются все перечисленные особенности заболевания у конкретного больного, т. е. проводится структурно-динамический, психопатологический и клинический анализ случая.

Диагностический процесс имеет определенный алгоритм (*табл.2*). Важно подчеркнуть, что клинический метод определяет направление и качество диагностического процесса в психиатрии. Все остальное служит дополнением к нему.

Правильность и полнота решения задач любого этапа диагностического процесса зависят от того, насколько верно и полно они были решены на предыдущем. Это не просто суммирование результатов, получаемых на отдельных этапах диагностики. На каждом последующем как бы «в снятом виде» представлены итоги предыдущих. Именно таковы основные закономерности познания феномена болезни. Верно отражающий объективную реальность индивидуальный, методологически полный нозологический диагноз с прогнозом устанавливается при обязательном соблюдении последовательности его этапов.

Диагноз есть отражение наших знаний на данном этапе развития науки. Поэтому остаются справедливыми слова С. П. Боткина: «Диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно прове-

Таблица 2

Алгоритм диагностического процесса в психиатрии*

Задача	Способ решения	Уровень диагноза	Результат
1	2	3	4
Обнаружение и выделение явных признаков феномена болезни	→ Клинический метод обследования; наблюдение, изучение продуктов творчества, анамнез, знакомство с медицинской документацией	→ Констатация факта заболевания	→ Решение о необходимости проведения процесса диагностики
Определение симптомов, первичного симптомокомплекса, синдрома, синдромогенеза и синдромокинеза	→ Клинический анализ признаков феномена болезни; дифференцированная диагностика на уровне симптомов, синдромов, их терминологическое типирование и систематизация	→ Синдромальный диагноз	→ Планирование направленного дополнительного обследования, решение неотложных социальных вопросов, проведение скоропомощной симптоматической терапии

* Стрелками показан ход диагностического процесса

Окончание табл. 2

1	2	3	4
Выделение скрытых признаков феномена болезни; семиотическое их определение; уточненное типирование синдромов и синдромокинеза; распознавание синдромотаксиса; предположение о роде болезни	→ Направленное дополнительное клиническое дообследование; клинический анализ признаков феномена болезни с уточненным типированием синдромов; структурно-диагностический анализ всей психопатологической симптоматики	→ Диагностическая гипотеза	→ Планирование параклинического обследования; назначение сиптоматического лечения
Выявление полного симптомокомплекса; определение вида болезни и ее типа	→ Параклиническое обследование; дифференциальная диагностика на уровне диагностических гипотез	→ Нозологический диагноз с типированием формы и типа течения	→ Проведение лечения на основе общих принципов терапии данной нозологической единицы
Формирование индивидуального всеобъемлющего диагноза	→ Обобщение полученной информации с учетом предиспозиционных, личностных и ситуационных факторов	→ Всеобъемлющий индивидуальный, методологически полный диагноз	→ Проведение дифференцированной индивидуальной терапии, вторичной и третичной профилактики, реадаптации и реабилитации, решение социальных вопросов

рять... Могут появиться новые факты, которые могут изменить процесс или увеличить его вероятность».

Различают относительно истинный и ошибочный диагноз. Первый не является ошибочным, так как соответствует уровню знаний, достигнутому медициной на конкретный период времени. Второй обусловлен субъективными причинами или условиями. В его появлении всегда кто-то виноват. Одной из частых причин ошибочной диагностики психических заболеваний является незнание или несоблюдение методологических принципов построения диагностического процесса. Овладение принципами диагностики — профессиональный долг врача. В связи с этим такое важное значение приобретает знание общей психопатологии — «психиатрической азбуки» и профессионального языка психиатров, что является отправной точкой и базисом диагностического процесса.

1.3. ПСИХОТИЧЕСКИЙ И НЕПСИХОТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Биосоциальная сущность человека придает психической болезни признаки биосоциальности. В связи с биосоциальной сутью психических расстройств возникает необходимость разделения их по степени тяжести (о тяжести психического расстройства свидетельствует степень нарушения критериев психического здоровья). В этой связи все психические расстройства делятся на психотические и непсихотические.

Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

- грубой дезинтеграцией психики — неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности процессам явлениям, событиям, ситуациям; наиболее грубой дезинтеграции психической деятельности соответствует ряд симптомов — так называемые формальные признаки пси-

хоза: галлюцинации, бред, однако разделение на психотический и непсихотический уровень в большей степени имеет четкую синдромальную ориентацию — параноидный, онейроидный и иные синдромы;

- исчезновением критики (некритичностью) — невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования особенностей ее развития, в том числе в связи с собственными действиями; больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, наклонности, несоответствия;
- исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением исходя из личностных реальных потребностей, желаний, мотивов, оценки ситуаций, своей морали, жизненных ценностей, направленности личности; возникает неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя.

Непсихотические расстройства характеризуются:

- адекватностью психических реакций реальности по содержанию, но часто неадекватной заостренностью по силе и частоте в связи с тем, что резко изменяется чувствительность, реактивность и поводом для реакции становятся незначащие или малозначащие по силе, частоте, и т. д. ситуации;
- сохранением критичности, но нередко, однако, утрированной, сенситивно заостренной;
- ограничением способности регулировать свое поведение в соответствии с законами психологии, общества и природы, ситуационной зависимостью психопатологических проявлений.

К непсихотическим расстройствам относятся:

1. **Позитивные синдромы:**

- синдромы с I по III уровень (за исключением развернутых «психотических» вариантов маниакальных и депрессивных);
- психоорганический синдром — IX уровень.

2. К непсихотическим расстройствам приравниваются **негативные синдромы**:

- дебильность;
- синдромы приобретенного психического дефекта с I по IV—V уровень.

Психотические расстройства включают:

1. **Позитивные синдромы**:

- психотические варианты маниакальных и депрессивных синдромов III уровня;
- синдромы с IV по VIII уровень (за исключением психоорганического синдрома — IX уровень);

2. К психотическим расстройствам приравниваются **негативные синдромы**:

- имбецильность и идиотия;
- синдромы приобретенного психического дефекта с V—VI по X уровень.

Все психические расстройства, являясь биосоциальными, обусловливают определенные медицинские задачи и имеют социальные последствия. Как при психотических, так и при непсихотических расстройствах медицинские задачи совпадают. Это выявление, диагностика, обследование, динамическое наблюдение, разработка тактики и реализация лечения, реабилитация, реадаптация, их профилактика. Социальными последствиями психотические и непсихотические расстройства различаются. В частности, психотический уровень расстройств делает возможным применение недобровольного освидетельствования и госпитализации, диспансеризации, вынесение заключения о невменяемости и недееспособности, признании сделки, совершенной в психотическом состоянии, недействительной, и т. п.

2 ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА)

2.1. СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ

Психология чувственного познания

При анализе психического состояния больных существенное значение имеет исследование их чувственного познания, традиционно называемого сферой восприятия. Его ступени (этапы) — ощущения, восприятия, представления.

Ощущение — простейший психический процесс отражения отдельных чувственно конкретных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств. Ощущения возникают в сознании как реальные образы этих свойств и качеств и зависят от специфичности и чувствительности анализаторов. Они элементарны и являются отдельными компонентами целостного восприятия. Ощущения имеют качественную и количественную стороны. Качественная связана со специфичностью анализатора — способностью к преобразованию, трансформации специфической энергии действующего на рецептор материального раздражителя в энергию нервного процесса. Таким образом, ощущение — форма отражения адекватных раздражителей, что зависит от чувствительности рецепторов к определенным, качественно отличающимся друг

от друга воздействиям. Так, рецепторы сетчатки реагируют на электромагнитное излучение с длиной волны 350—770 ммк, рецепторные зоны лабиринта — на звуковые волны с частотой колебания 16—20 000 Гц и т. д. Это своеобразие легло в основу классификации анализаторов на зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, температурные, болевые, вибрационные и пр.

Другой принцип их классификации связан с характером отражаемых ими объектов и явлений реального мира. Выделяются две группы анализаторов — экстероцепторы и интероцепторы. Рецепторные зоны первых расположены на поверхности тела и отражают свойства внешнего мира. Они, в свою очередь, делятся на дистантные и контактные.

Дистантные отражают воздействия объектов, удаленных от рецепторных зон (зрительные, слуховые, обонятельные). Поле их действия, или предел досягаемости — максимально удаленное пространство, в пределах которого воздействующий объект может вызвать специфическое возбуждение анализаторов. Оно зависит от силы воздействия, некоторых пространственных характеристик (для зрительного восприятия — открытость или закрытость пространства) и состояния самого анализатора. Например, катаракта может значительно затруднять зрительное ощущение. Дистантные анализаторы поставляют основной объем необходимой здоровому человеку информации. В контактных нервный процесс возникает при непосредственном соприкосновении рецепторной зоны с воздействующим объектом (вкусовой, тактильный, болевой).

Рецепторные зоны интероцепции расположены в тканях внутренних органов и несут информацию о состоянии внутренней среды. Они также делятся на две группы. Собственно интероцепторы информируют о состоянии внутренней среды и внутренних органов. Проприоцепторы, рецепторное звено которых расположено в мышцах и связочном аппарате, несут информацию о положении тела, о взаиморасположении конечностей.

Количественная сторона анализаторов связана с их чувствительностью, разрешающей способностью, остротой. Показателем последней является порог ощущения — наименьшая сила раздражителя, способного вызвать адекватное ощущение. Чувствительность анализатора непостоянна, она может колебаться в довольно широких пределах и зависит от многих факторов, в первую очередь от индивидуальных особенностей субъекта и функционального состояния центральной нервной системы.

Восприятие (в узком смысле слова) — психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их чувственно конкретных свойств и составных частей при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны анализаторов. Восприятия предметны. Их образ проецируется в так называемое объективное (реальное) пространство, что связано с полем действия анализатора (дистантного, контактного, интеро- и проприоцептивного), соотношением его с результатами деятельности других анализаторов и индивидуальным опытом восприятий.

Представление — следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании непроизвольно или произвольно при отсутствии в момент их возникновения самого объекта в пределах досягаемости соответствующего анализатора. Образ представления проецируется в субъективное пространство, осознаваясь как результат психического творчества субъекта.

Психологическая характеристика двух последних процессов приведена ниже.

Восприятие	*Представление*
Яркость, четкость	Тусклость, фрагментарность
Проекция субъективного образа в реальное пространство	Проекция субъективного образа в субъективное пространство
Отчуждение объекта восприятия и его образа от воспринимающего субъекта	Субъективный образ принадлежит психическому «Я», является продуктом психического творчества субъекта
Образ произвольно изменить нельзя	Образ может быть изменен произвольно

Существует классификация разнообразных проявлений патологии чувственного познания (*рис. 4*).



Рис 4. Патология чувственного познания

Патология ощущения (*рис. 5*)

Патологическое изменение порогов чувствительности. Понижение порогов чувствительности проявляется психической гиперестезией — резким усилением восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых, нередко индифферентных раздражителей. Привычные свет, звук, запах, вкус, прикосновение ощущаются крайне интенсивными, болезненными, а иногда невыносимыми для больного. Часто отмечаются раздражительность, несдержанность, гневливость, душевный дискомфорт.

Встречается на начальных этапах развития непароксизмальных помрачений сознания (делирий. аменция, онейроид), острых психотических состояний (острые галлюциноз, пара-

ноид и др.), при многих невротических синдромах, абстиненции, в состоянии острой интоксикации некоторыми веществами (опиатами, гашишем, циклодолом и т. п.).

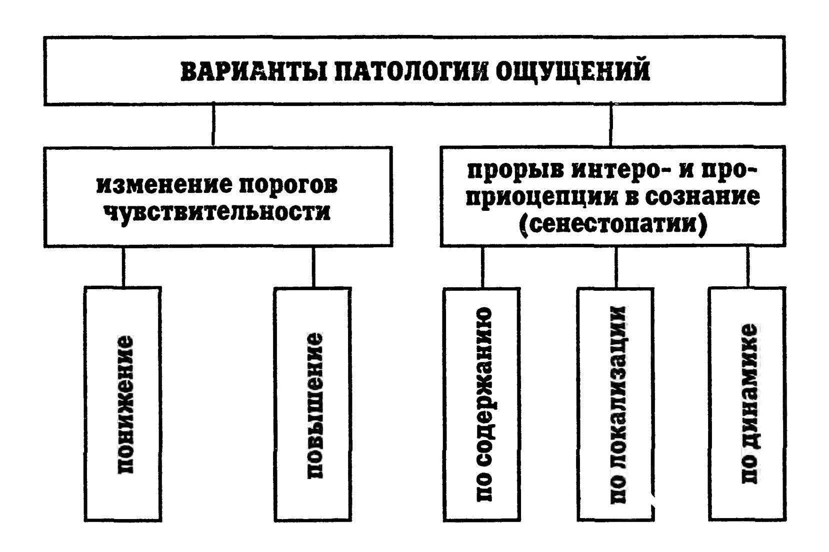


Рис. 5. **Патология ощущений**

Повышение порогов чувствительности имеет два варианта.

Психическая гипестезия — значительное снижение восприимчивости к действующим раздражителям. Для больного окружающий мир становится блеклым, теряет яркость, красочность, звуки — отчетливость (доносятся глухо), голоса — индивидуальные особенности (как бы нивелируются), пища — вкус, ароматические вещества — запах, болевая чувствительность падает.

Встречается при оглушенности, ряде депрессивных и субдепрессивных (депрессивно-дереализационных и депрессивно-деперсонализационных) состояний, истерических феноменах, в структуре развернутой картины онейроида, некоторых вариантах делирия, алкогольном и наркотических опьянениях, в наркотической стадии (стадии сна).

Психическая анестезия — полная нечувствительность одного или нескольких анализаторов при формальной анатомо-физиологической сохранности: психическая амблиопия (слепота), психическая аносмия (нечувствительность к запахам), психическая агейзия (утрата чувства вкуса), психическая глухота, психическая тактильная и болевая анестезии (аналгезия).

Встречается при сопоре и коме, истерических невротических синдромах.

Сенестопатии — неопределенные, нередко трудно локализуемые, часто мигрирующие, диффузные, неприятные, беспредметные, крайне тягостные ощущения, проецируемые внутрь телесного «Я». Пациенты нередко прибегают к их образному обозначению: обозначают их как «стягивание», «жжение», «разливание», «щекотание» и т. п.

По содержанию сенестопатии делятся: на патологические термические ощущения («жжет», «печет», «леденит»); патологические ощущения движения жидкостей («пульсация», «переливание», «откупоривание и закупоривание сосудов» и т. п.); циркумскриптные (сверляще-разрывающие, жгуче-болевые); ощущения передвижения, перемещения тканей («сливание», «переворачивание», «расслоение» и т. п.); патологическое ощущение натяжения.

Наиболее часто сенестопатии локализуются в области головы, мозга, реже — в области грудной клетки и брюшной полости, редко — в районе конечностей. Часто их локализация меняется, что связано со склонностью сенестопатии к миграции.

Сенестопатии следует отличать от проявлений соматической патологии и парестезий. Неприятные ощущения при патологии внутренних органов имеют периферическое происхождение и появляются в результате прорыва интероцепции в сознание за счет усиленного раздражения патологическим процессом соответствующих рецепторных зон внутренних органов. Для них характерны локализованность, стереотипность

содержания, связь с анатомическими границами и топографией органов. Довольно часто отмечается проекция в соответствующие зоны Захарьина—Геда, в которых выявляется тактильная и болевая гиперестезия. Нередко возникновение этих ощущений патогенетически обусловлено (например, алгии из-за нарушения диеты при гепатохолецистите или «голодные» боли при некоторых вариантах язвенной болезни желудка).

Парестезии же являются признаком неврологического или сосудистого поражения. При неврологической патологии они, в отличие от сенестопатии, проецируются на поверхность кожи (патология чувствительных нервов или задних корешков), локализуются в соответствующей зоне иннервации и сочетаются с иными неврологическими расстройствами в той же зоне (гипер- или гипестезии). При динамических нарушениях кровообращения парестезии имеют своеобразные условия возникновения (например, при болезни Рейно они появляются при ходьбе и исчезают после отдыха), отмечаются изменения цвета, температуры кожи и пульса на конечности. Органическим заболеваниям сосудов (эндартериит, тромбофлебит и пр.) сопутствуют трофические расстройства.

Сенестопатии встречаются при сенестопатозах, невротических синдромах, ларвированных депрессиях, сенестопатически-ипохондрических (паранойяльных, параноидных, парафренических), аффективно-бредовых, онейроидных и психоорганическом синдромах.

Патология восприятия

В основе разделения патологии восприятия — сохранение или нарушение идентификации субъективного образа с воспринимаемым объектом. Данные нарушения представлены двумя группами симптомов: психосенсорные расстройства — искаженное восприятие с сохранением узнавания воспринимаемого объекта; иллюзии — извращенное восприятие, при котором идентификация реального объекта воспри-

ятия нарушена (*рис. 6*). При иллюзии субъективный образ не соответствует реальному объекту перцепции и замещает его.

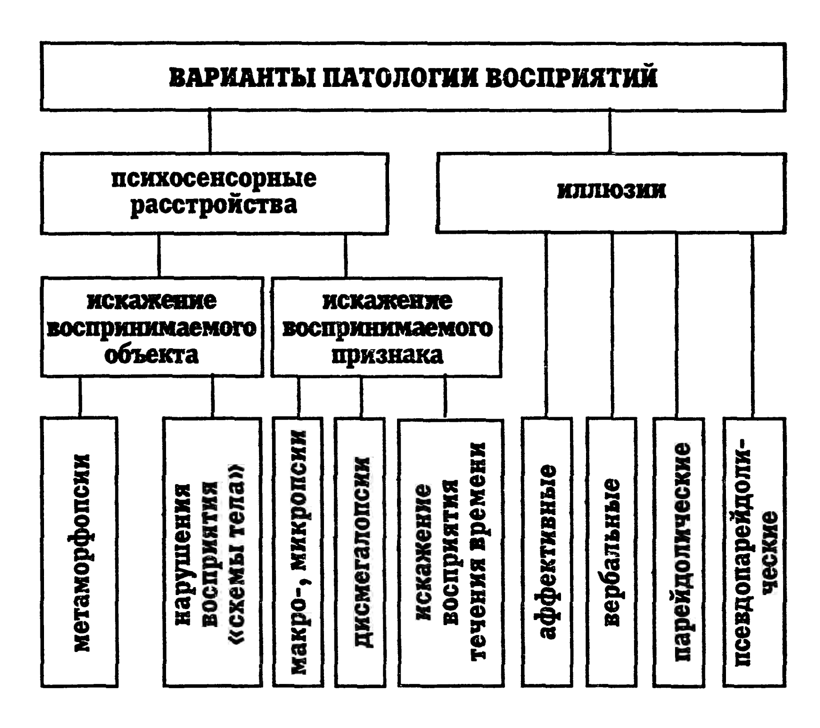


Рис. 6. **Патология восприятий**

Психосенсорные расстройства. К психосенсорным функциям относится отражение пространственно-временных качеств и свойств объектов внешнего мира и собственного тела, их величины, формы, веса, объема, местонахождения, контрастности, освещенности и т. п.

Существует несколько принципов классификации психосенсорных расстройств. По виду искаженно воспринимаемого объекта выделяют две группы симптомов: ***метаморфопсии*** — искаженное восприятие одного или нескольких объектов внешнего мира и ***нарушения восприятия***

«схемы тела» — искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) «Я».

Основу другого принципа систематики симптомов составляют нарушения восприятия отдельных характеристик объектов:

- величины и размеров (макропсии — предметы воспринимаются увеличенными, микропсии — уменьшенными);
- формы (дисмегалопсии — предметы кажутся перекрученными, изломанными, скошенными и т. д.);
- пространственных параметров, взаиморасположения, числа (порропсии — предметы видятся удаленными или приближенными, растянутыми или спрессованными, оптическая аллестезия — пациенту кажется, что предметы якобы находятся не на том месте, где они действительно находятся; симптом поворота на 180° — поле зрения в восприятии больного развернуто на 180°, все кажется перевернутым; полиопия — при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько);
- течения времени, последовательности развития событий (тахихрония — течение времени как бы ускоряется, брадихрония — замедляется);
- чувства реальности (дереализация — реальный мир предстает как бы мертвым, «чуждым», «нарисованным», «неестественным», «ненастоящим», галеропия — необычно воспринимается освещенность или контрастность, ксантопсия — все окружающее видится в желтом цвете, эритропсия — в красном).

Указанными симптомами психосенсорные расстройства не исчерпываются. Встречаются такие нарушения восприятия «схемы тела», как искаженное восприятие местоположения его частей, их взаимосвязи, веса, объема и др.

По полноте охвата объекта искаженным восприятием выделяются две характеристики симптомов: тотальное искажение — патологическое восприятие всего объекта в целом, парциальное — лишь его части.

Характеризуя психосенсорные расстройства, следует отметить, что у больных всегда сохраняется критическое отно-

шение к ним, они чужды личности и субъективно крайне неприятны. При нарушении восприятия «схемы тела» использование дополнительного анализатора может купировать симптом. Например, при кажущемся увеличении головы (парциальная макропсия) дотрагивание до нее (использование тактильного анализатора) или взгляд в зеркало (зрительного) могут восстановить патологически измененное восприятие.

Психосенсорные расстройства встречаются при синдромах психосенсорных, особых состояний сознания, психоорганических, абстинентных.

Иллюзии. Существует несколько видов. ***Аффективные иллюзии*** возникают при выраженных аффективных состояниях: страхе, тревоге, депрессии, экзальтации, экстазе. Условиями их возникновения, помимо аффективного напряжения, обычно являются слабость раздражителя (слабая освещенность, удаленность объекта, тихие звуки, невнятная речь) и признаки астении. Содержание аффективных иллюзий чаще всего связано с ведущим аффектом и содержанием основной психопатологической симптоматики.

Встречаются на начальных этапах делирия, при острых тревожно-депрессивных синдромах, острых парафренных, параноидных синдромах.

При ***вербальных иллюзиях*** вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, к нему (обычно брань, угрозы, осуждение). Этот симптом следует отличать от бреда толкования и отношения при острых параноидных состояниях. В последнем случае больной слышит и пересказывает речь окружающих правильно, но понимает ее иначе, обнаруживая в ней иной смысл, подтекст (ошибка суждений, а не восприятия). При иллюзиях же реальная речь замещается иллюзорной.

Появляются на ранних этапах становления синдромов острого вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидного.

Парейдолии — это зрительные иллюзии, при которых игра светотени, пятна, морозные узоры, щели, трещины, облака, сплетения ветвей деревьев и т. п. замещаются фантастическими образами. Парейдолии возникают вне зависимости от аффекта и воли больного. Если парейдолии теряют характер объективности, реальности для пациента и это сопровождается появлением чувства их сделанности, иллюзорности, бредовым толкованием, то они называются псевдопарейдолиями.

Отмечаются во второй стадии делирия, при некоторых состояниях наркотического опьянения (мескалин, марихуана, ЛСД-25); псевдопарейдолии — при онейроидном помрачении сознания, острой парафрении.

Патология представлений. ***Галлюцинации*** — это чувственно яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов (*рис.* 7). Основными признаками галлюцинаций являются:

- реальный предмет или явление в поле досягаемости анализатора в момент галлюцинаторного переживания отсутствует («мнимое восприятие»); это патология представлений — следов бывших восприятий;
- галлюцинация всегда появляется в результате биологического страдания, патологического процесса (традиционно считается формальным признаком психоза);
- вызывается не органической деструкцией коркового конца анализатора, его рецепторных полей или проводящих путей, а изменением функционального состояния центральной нервной системы; в противном случае должны возникнуть симптомы центрального выпадения функции — гемианопсия, амблиопия, скотома, а не психопатологическая продукция;
- патологический процесс меняет функционирование центральной нервной системы таким образом, что представления приобретают не свойственные им ранее психологические характеристики, которыми в норме определяется восприятие.

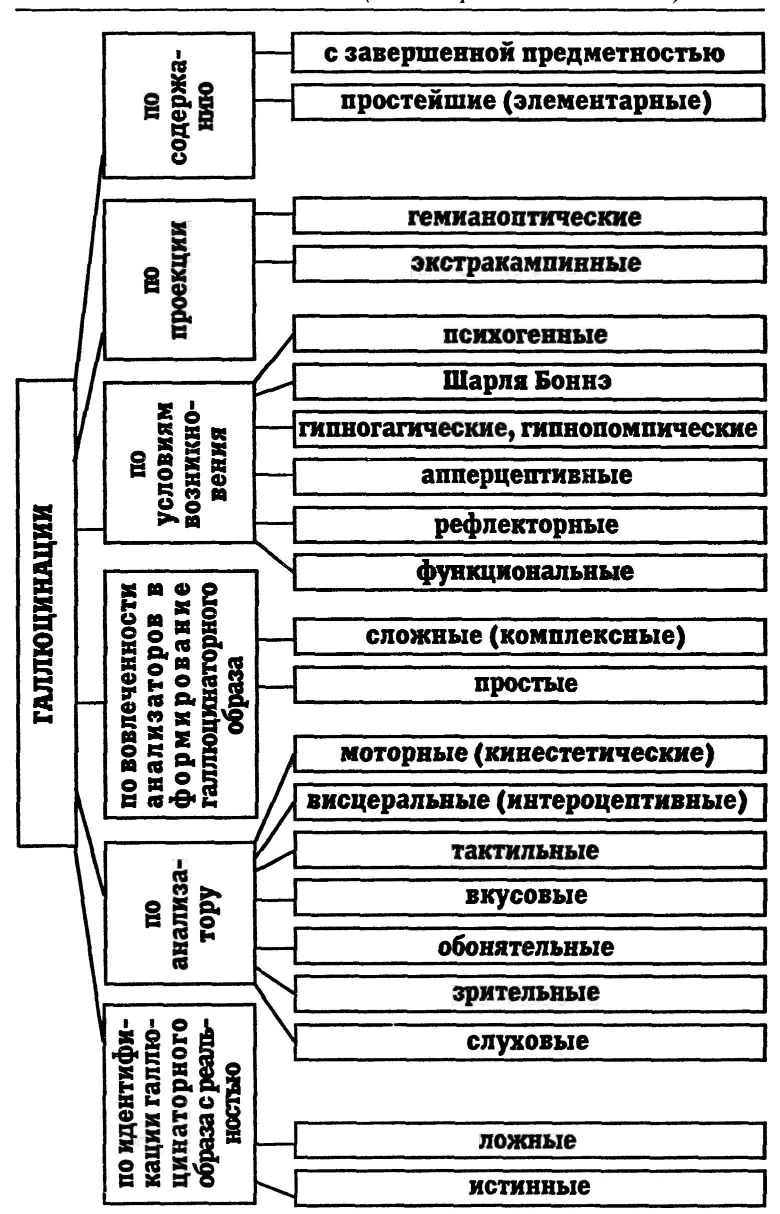


Рис. 7. Патология представлений (галлюцинации)

Наиболее существенным и клинически важным является разделение галлюцинаций на ***истинные*** и ***ложные*** — ***псевдогаллюцинации*** (*табл. 3*).

Таблица 3

Клиническая характеристика истинных и ложных галлюцинаций

Признак	Истинные галлюцинации	Ложные галлюцинации
Осознание галлюцинаторного образа*	Имеет характер объективности и действительности, в сознании больного неотличим от образа реального восприятия	Осознается как нечто субъективное и вместе с тем аномальное, весьма отличное от реальных образов, представлений, фантазий и истинных галлюцинаций
Суждение о способе запечатления галлюцинаторного образа*	Убежденность в обычном способе «восприятия» одним из реальных анализаторов	Уверенность в необычном «восприятии» несуществующим анализатором («внутренним Я», «внутренним оком», «внутренним ухом» и т. п.)
Идентификация галлюцинаторного образа с реальным*	Полная, с отчуждением галлюцинаторного образа от субъекта	Отсутствует, галлюцинаторный образ несет в себе особые качества, позволяющие субъекту отличить его от реального
Проекция галлюцинаторного образа*	Как правило, в физический материальный мир, в реальное пространство в пределах досягаемости анализатора	Как правило, в субъективное пространство, нередко вне поля досягаемости анализатора
Чувство «сделанности»*	Всегда отсутствует	Почти всегда имеет место

* Признаки, описанные В. Х. Кандинским (1952).

Окончание табл. 3

Признак	Истинные галлюцинации	Ложные галлюцинации
Актуальное поведение (соответствие поведения содержанию галлюцинаторных переживаний	Почти всегда наблюдается	Поведение почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаний .
Социальная уверенность (убежденность галлюцинанта в том, что окружающие видят те же самые образы	Отмечается почти во всех случаях	Почти всегда отсутствует
Галлюцинаторный образ несет угрозу	Чаще жизни, здоровью и благополучию больного и его близких	Чаще психической сфере пациента
Суточные колебания выраженности симптома	Как правило, в виде усиления галлюцинаторных переживаний, вплоть до галлюцинаторной загруженности в вечерне-ночное время	Как правило, отсутствуют
Течение	Чаще острое, относительно непродолжительное	Чаще хроническое, подострое, затяжное

Классификация галлюцинаций по анализаторам: слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные (интероцептивные), кинестетические (моторные, проприоцептивные) и их вариант — речедвигательные.

Необходимо дифференцировать висцеральные галлюцинации и сенестопатии, проекция которых совпадает (внутрь

телесного «Я»). Основным критерием при этом является то, что первые всегда предметны (больной называет объект, его качества — размеры, форму, температуру и т. п., местонахождение, выполняемые им действия, и т. д.), а вторые беспредметны, так как являются ощущениями.

Варианты галлюцинаций по вовлеченности анализаторов в формирование галлюцинаторного образа:

Простые — галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе.

Сложные (комплексные) —в формировании галлюцинаторных образов участвуют два и более анализаторов. Разновидностью таких галлюцинаций являются так называемые синестетические галлюцинации Майера-Гросса: галлюцинаторные образы в двух или более анализаторах существуют одновременно и связаны общей фабулой. Например, больной «видит» во дворе оживленно беседующих людей и до него доносится их речь. Не следует идентифицировать данные галлюцинации с ассоциированными (связанными), при которых галлюцинаторные образы последовательно сменяют друг друга в различных анализаторах в соответствии с логикой развития фабулы. Например, «голос» сообщает о каком-либо событии, которое затем возникает перед глазами больного.

Варианты галлюцинаций по условиям возникновения:

Функциональные — всегда слуховые. Имеют все признаки истинных или ложных, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе, не смешиваясь, сосуществуют и исчезают вместе с ним. Их следует отличать от иллюзий, для возникновения которых также необходим реальный раздражитель. Но при иллюзиях патологически возникший образ поглащает образ реального предмета (больной слышит вместо...), при функциональных же галлюцинациях патологический образ с реальным не сливается, больной отличает его от галлюцинаций («слышит вместе с...»).

Рефлекторные — заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются

появлением сходного с ним галлюцинаторного. Например, больной открывает дверь ключом и в тот же момент чувствует у себя в области сердца такой же ключ, который тоже поворачивается (пример Э. Блейлера), или больной слышит реальную фразу — и тут же в голове у него начинает звучать идентичная или похожая на нее фраза.

Гипногагические — чаще всего зрительные, но могут быть и слуховые. Появляются при закрытии глаз, в покое, чаще всего предшествуют засыпанию, проецируются на темный фон. Гипнопомпические — то же самое, но отмечаются в момент пробуждения.

Апперцептивные — слуховые или зрительные. Появляются после волевого усилия больного, желающего их испытать. Связаны с предшествующим оживлением патологической идеаторной деятельности, в процессе которой возникает желание увидеть или услышать что-либо.

Шарля Бонне — зрительные, реже слуховые. Наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (слепота, глухота), а также в условиях сенсорной депривации или изоляции (заключение в одиночную камеру, иноязычное окружение, и т. п.) в поле пораженного или информативно ограниченного анализатора.

Психогенно возникающие:

- доминантные — чаще слуховые, реже зрительные. Отмечаются при аффективно насыщенном переживании в момент кульминации. Имеют психологически понятное содержание, связанное с содержанием психотравмы, эмоционально насыщены и исчезают по мере дезактуализации переживаний и уменьшения силы аффекта;
- эйдетические — чаще слуховые; повторение по типу клише реальных событий, сопровождавших психогенную ситуацию на одном из этапов ее развития в виде галлюцинаторных переживаний (например, постоянное галлюцинаторное воспроизведение похоронной музыки и рыданий при похоронах);

- воображения Дюпре — чаще зрительные, их фабула вытекает из идей и мечтаний, длительно и детально разрабатываемых, представляемых и вынашиваемых в воображении; условия их возникновения: приятность и желательность для пациента, который, как правило, обладает художественным типом высшей нервной деятельности и обостренным воображением (встречается при истерической психопатии);
- индуцированные — чаще зрительные; возникают по типу взаимовнушения или внушения активно галлюцинирующим больным на фоне эмоционального напряжения, приближающегося порой к экстатическому, у лиц с художественным типом высшей нервной деятельности, нередко при истерических чертах характера;
- внушенные встречаются при алкогольном делирии во время «люцидного окна» (дневного прояснения сознания) и служат основанием для дифференциации незавершенного делирия и выхода из него: симптом Рейхардта — внушенное чтение по чистому листу бумаги, симптом Ашаффенбурга — внушенный мнимый разговор по отключенному телефону, симптом Липмана — внушенные зрительные галлюцинации после предварительного десятисекундного надавливания на глазные яблоки, внушенные тактильные галлюцинации — выполнение больным внушенных действий с мнимым предметом (наматывание на палец несуществующей нитки).

Варианты галлюцинаций по их проекции.

Экстракампинные — разновидность псевдогаллюцинаций. Проецируются вне поля досягаемости соответствующего анализатора. При этом больные «видят» сзади себя, за стеной, «слышат» за сотни и тысячи километров.

Гемианоптические возникают в поле гемианопсии, чаще всего при поражении коркового конца анализатора (опухоль, травма, кистозный арахноидит, сосудистое поражение).

Варианты галлюцинаций по содержанию.

С незавершенной предметностью — простейшие (элементарные):

- зрительные — фотопсии (искры, круги, мушки, шары, линии и т. п.);
- слуховые — акоазмы — нечленораздельные звуки (шаги, шорохи, скрипы и т. п.) и фонемы — членораздельные звуки с незавершенной фразовой структурой (слоги, местоимения, оклики и т. п.).

С завершенной предметностью:

- зрительные — целостные и парциальные, моно- и полиопические, черно-белые, одноцветные, цветные, бесцветные и прозрачные; подвижные и неподвижные; сценоподобные, ландшафтные, портретные; зрительные вербальные — «видение» слов, текстов на реальных предметах или в пространстве; аделоморфные — чаще простые, лишенные четкости форм, объемности, яркости, силуэтные; аутоскопические (появление галлюцинаторного образа двойника) и отрицательные аутоскопические (исчезновение своего отражения в зеркале); по величине — нормальные, лилипутные, гигантские;
- вербальные (галлюцинаторная фразовая речь): по форме — монологи, диалоги, беседы на родном или иностранном языке; по фабуле — комментирующие, угрожающие, императивные, повествовательные, контрастные, стереотипные; по громкости — тихие, натуральные, громкие, оглушающие; по продолжительности — эпизодические, протекающие наплывами, постоянные; по звучанию — невнятные, ясные, поющие; по принадлежности — знакомые, незнакомые, мужские, женские, детские;
- тактильные — на коже, под кожей (предметы, насекомые, животные, порошок, паутина и т. п.); температурные — жар, холод; гаптические — ощущение схватывания; гигрические — ощущение влаги,
- висцеральные — эндоскопические («видение» своих внутренних органов); галлюцинации трансформации (ощу-

щение изменяемости внутренних органов, их удлинение, перемещение); генитальные (ощущение манипуляций на половых органах — насилие, мастурбация и т. п.); «появление» внутри тела одушевленных и неодушевленных предметов.

При определении индивидуального диагноза необходимо выявить признаки утяжеления симптоматики. В патологии чувственного познания оно представлено последовательностью симптомов: психическая гиперестезия, иллюзии, простейшие или функциональные галлюцинации, истинные галлюцинации с завершенной предметностью и, наконец, ложные галлюцинации. Об облегчении симптоматики можно говорить в том случае, если прослеживается обратная динамика.

Галлюцинации встречаются в структуре всех позитивных психопатологических синдромов (психотических форм).

2.2. СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ПАМЯТИ

Психология памяти

Память — это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта. Основными функциями ее являются запоминание, сохранение, воспроизведение.

Запоминание (фиксация) — функция памяти, которая осуществляет закрепление нового путем ассоциирования его с приобретенным ранее. Психические ассоциации — основа запоминания — отражают действительные, реальные связи объектов и явлений. Ассоциации бывают простые и сложные. К простым относятся ассоциации по связи — запечатление в памяти реальной связи объектов, явлений или событий во времени и пространстве, ассоциации по сход-

ству — запечатление объектов и образов с общими или сходными признаками и чертами, ассоциации по контрасту — отражение и сочетание в памяти образов, имеющих противоположные черты. К сложным относятся ассоциации по смыслу, имеющие причинно-следственные связи, отражающие внутреннюю логику их сочетания.

Сохранение (ретенция) — функция памяти, которая заключается в длительном удержании и накоплении индивидуального и общественного опыта.

Воспроизведение (экфория энграмм) — функция памяти, заключающаяся в актуализации закрепленного ранее содержания прошлого опыта путем извлечения его из долговременной памяти и перевода в оперативную. Ее разновидности: узнавание-воспроизведение какого-либо образа в условиях повторного восприятия объекта, воспоминание-воспроизведение образов прошлого, локализованных во времени, пространстве, в смысловой взаимосвязи.

Выделяют ***краткосрочную (кратковременную)*** и ***долгосрочную (долговременную)*** память. Первая характеризуется огромным числом впечатлений, поступающих ежесекундно в бодрствующий мозг и запечатляемых им на непродолжительное время (от секунд до часов), после чего они исчезают из памяти и произвольно не могут быть воспроизведены. Вторая связана с осуществлением отбора, запечатления, сохранения и возможностью произвольного воспроизведения в будущем некоторой информации, поступающей вначале в краткосрочную память, являющуюся как бы этапом формирования долговременной. Из кратковременной памяти в долговременную переводится: информация, которая осознается субъектом как важная и полезная для него; очень яркие впечатления; впечатления, на которых внимание субъекта фиксировано длительно и непрерывно; последовательно повторяющиеся события, явления, факты. Долговременная память отличается устойчивостью, инертностью и не всегда доступна сознанию.

Кроме того, существует ***оперативная*** память, функционирующая в данный момент психической деятельности. Ее объем складывается из актуальных для этого времени образов, поступающих как из долговременной, так и из краткосрочной памяти.

Патология памяти

Клиника расстройств памяти разнообразна (*рис. 8*). **К дисмнезиям относятся гипермнезии, гипомнезии и амнезии.**

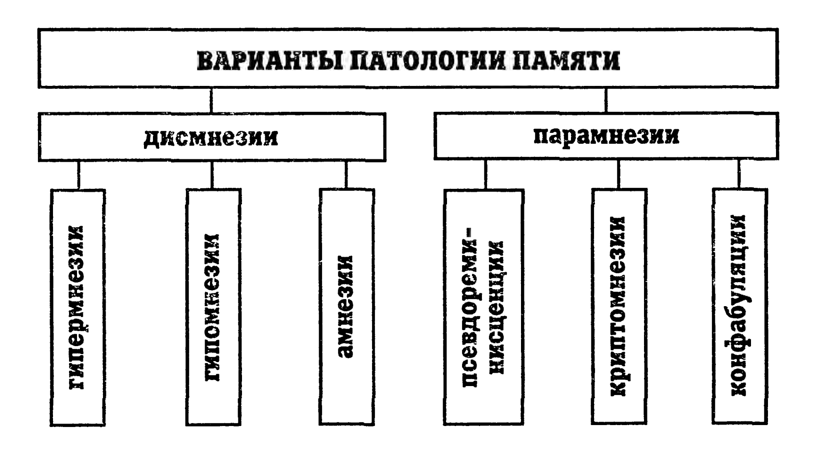


Рис. 8. **Патология памяти**

Гипермнезия — непроизвольное оживление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и малоактуальных для больного в настоящем. Усиление вспоминания (гиперпродукция экфории) сочетается с ослаблением запоминания текущей информации (гипопродукция фиксации). Особенно сильно страдают произвольное запоминание и воспроизведение. Гипермнезия возникает при облегченном, порой беспорядочном течении ассоциаций и связана с облегчением воспроизведения простых, усилением

механической памяти, тогда как значительно ухудшается логико-смысловая память, затрудняется воспроизведение сложных абстрактных ассоциаций.

Встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, опьянении некоторыми наркотиками (опий, ЛСД, психоаналептики), помрачениях сознания инфекционного и психогенного (истерические) генеза, засыпания, гипнотическом сне, некоторых вариантах особых состояний сознания.

Гипомнезия — частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений. Это — нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить некоторые события и факты или отдельные их части. Возникает так называемая «прорешливая память», когда больной вспоминает не все, что должен был бы помнить, а лишь наиболее важное для него, сильные и яркие впечатления, а также часто повторяющиеся в его жизни события. Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т. п.

Входит в структуру синдромов невротических, измененной реактивности в рамках большого наркоманического синдрома (палимпсесты как форма измененной формы опьянения), психоорганического, паралитического, начальных этапов прогрессирующей амнезии, асемического слабоумия.

Амнезия — полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации (*рис. 9*).

Варианты амнезий по отношению периода, подвергшегося амнезии, к периоду болезни:

Ретроградная амнезия — выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни. Длительность промежутка времени, охватываемого амнезией, различна (от нескольких минут до нескольких дней, недель,

месяцев, лет). Основной функцией памяти, страдающей при этом виде амнезии, по-видимому, является воспроизведение.

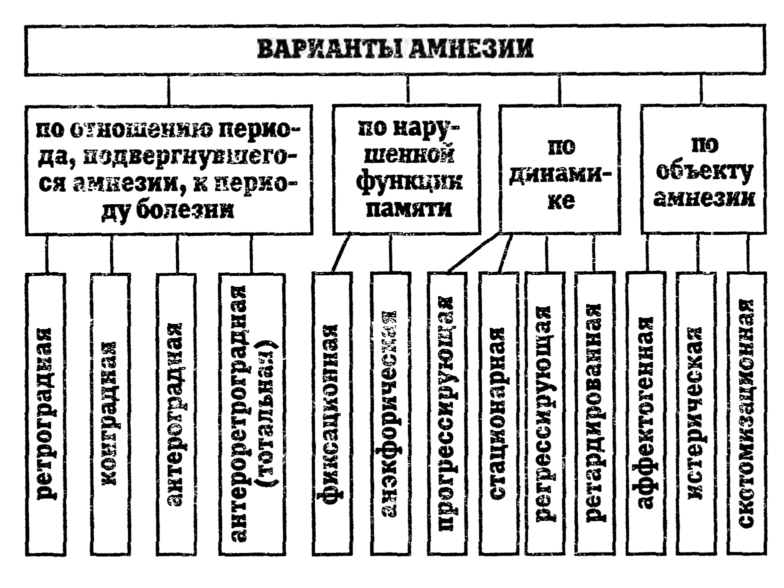


Рис. 9. Амнезии

Встречается при тяжелых гипоксиях и аноксиях мозга (токсические, странгуляционные и др.), травмах головного мозга с клиникой комы, некоторых вариантах аменции.

Антероградная амнезия — утрата воспоминаний о текущих событиях, переживаниях, фактах, происходящих на период, следующий за острым этапом болезни. При этом, как правило, страдают функции запоминания и ретенции. Нередко в основе данного расстройства лежат остающиеся после острого периода болезни нарушения сознания в легкой степени. При антероградной амнезии поведение больных упорядоченное, правильное, они критически оценивают ситуацию, что свидетельствует о сохранности кратковременной памяти.

Встречается при Корсаковском синдроме, аменции.

Конградная амнезия — выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания). В основе лежат не столько непосредственные расстройства памяти, сколько затруднения, часто невозможность воспринять информацию, фиксировать на событиях активное внимание. Следствием этого и является неспособность запомнить происходившее — «плегия фиксаций».

Встречается при глубоком оглушении, сопоре, коме, некоторых формах делирия, аменции, онейроида и особых состояниях сознания, сумеречных состояниях сознания.

Антероретроградная (полная, тотальная) амнезия — выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни.

Встречается при некоторых вариантах ком и аменции, наблюдающихся при тяжких травматических, токсических поражениях мозга или внутричерепных катастрофах (инсульт).

Варианты амнезий по преимущественно нарушенной функции памяти:

Фиксационная амнезия — резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события (гипопродукция). В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного вспоминания приобретенного ранее опыта, фактов. Невозможность фиксировать текущие события и факты приводит к неспособности ориентироваться в месте и во времени (амнестическая дезориентировка). Такой больной плохо ориентируется или не ориентируется вовсе в палате, стационаре, не может запомнить обслуживающий персонал, окружающих больных, а также даты. Вместе с тем он довольно связно и подробно рассказывает о своей прошлой жизни, не утрачивает профессиональных знаний и навыков.

Входит в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, асемической деменции, паралитического синдрома.

Анэкфория — неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки.

Входит в структуру астенического и психоорганического синдромов, лакунарной деменции, асемического слабоумия.

Варианты амнезий по динамике:

Прогрессирующая амнезия — распад памяти в соответствии с законом Рибо. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Вначале исчезает память о наиболее поздно запечатленных событиях и фактах. Более ранние исчезают в последнюю очередь. Прогрессирующая амнезия имеет ряд этапов. Самые первые проявления—забывчивость с элементами анэкфории. В последующем появляется фиксационная гипомнезия, степень выраженности которой постепенно нарастает. В связи с этим из памяти начинает выпадать все большее число текущих событий и фактов. Затем процесс постепенно начинает распространяться и на память о прошлом, захватывая вначале близкий период, а потом все более и более отдаленные отрезки времени. В первую очередь страдает «память времени» при сохранении «памяти содержания». Больные помнят отдельные события и факты, испытывают затруднения при определении их локализации во времени и последовательности. Лишь затем постепенно тускнеет «память содержания», по мере выпадения из памяти периодов недавнего или менее отдаленного прошлого воспоминания о давних событиях (детство, юность) всплывают в памяти довольно ярко и зачастую являются основным содержанием сознания больных. При дальнейшем прогрессировании амнезии из памяти исчезает все больший объем отложенных там сведений. В первую очередь исчезают наиболее зрелые, но вместе с тем менее организованные знания (научные, знание иностранных языков, и т. п.). То, что приобреталось в юности, многократно повторялось в жизни, подкрепляя систему энграмм, стало более устойчивым, автоматическим. Оно и исчезает в последнюю очередь. Может возникнуть почти полное выпа-

дение «памяти фактов», но еще длительно сохранится так называемая «память аффективного тона отношений», или «память эмоциональных и морально-этических реакций», которая закладывается в раннем детстве и поэтому очень стойкая. В дальнейшем постепенно ослабевает и исчезает и этот вид памяти, но еще остается «память простейших навыков» — праксис, исчезающий в последнюю очередь, что сопровождается формированием апраксии.

Встречается при деменции (асемической, парамнестической, дисмнестической), прогрессирующих церебральных атрофиях (церебральный атеросклероз, сенильная деменция, болезнь Пика и Альцгеймера).

Ретардированная амнезия — отставленная, запаздывающая амнезия. Какой-то период времени и события, имевшие в нем место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного состояния. В течение этого периода пациент может рассказать окружающим о бывших у него болезненных переживаниях. Через короткое время он забывает их напрочь.

Встречается при некоторых вариантах сумеречных состояний сознания, тяжелых формах делирия, онейроида.

Стационарная амнезия — стойкий дефицит памяти, фактически не имеющий динамики.

Регрессирующая амнезия — вариант амнезии с постепенным восстановлением памяти, но почти никогда она не возвращается полностью. Обратная динамика заключается в постепенном восстановлении воспоминаний об амнезированном периоде, в первую очередь вспоминаются наиболее важные и яркие для больного события.

Данный вариант может сменить этап ретроантероградной или ретроградной амнезии при указанных выше патологических состояниях.

Варианты амнезий по объекту, подвергаемому амнезии:

Аффектогенная (кататимная) амнезия — пробелы памяти возникают психогенно, по механизму вытеснения аффективно

насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением.

Встречаются при различного рода психогенных состояниях.

Истерическая амнезия — из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и факты, психологически неприемлемые для больного. От аффектогенной амнезии данное расстройство отличается тем, что воспоминания об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени, сохраняются. Своеобразный вариант истерической амнезии — фантастическая псевдология. При ней объектом вытеснения обычно являются не удовлетворяющие больного факты автобиографии или особенности социального статуса. Сочетающаяся с этим склонность к переоценке собственной личности, эгоизм, эгоцентризм нередко приводят к тому, что пробелы памяти замещаются вымышленными событиями, нередко носящими оттенок гротескности, утрированности. Это так называемые истерические фантазмы. Они занимательны по фабуле, часто имеют интригующее содержание, подчеркивают значимость личности больного. В отличие от патологической лживости критическое осмысление таких вымыслов утрачивается, появляется убежденность в их истинности.

Входит в структуру истерического психопатического синдрома. При амитал-кофеиновом растормаживании и в гипнозе воспоминания могут быть оживлены.

Скотомизация имеет то же самое клиническое содержание, что и истерическая амнезия, но данным термином обозначают случаи, возникающие преморбидно у лиц, не имевших истерических черт характера.

Парамнезии встречаются в форме псевдореминисценций, криптомнезий, эхомнезий, конфабуляций, галлюцинаторных воспоминаний Кальбаума, псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаний (*рис. 10*).

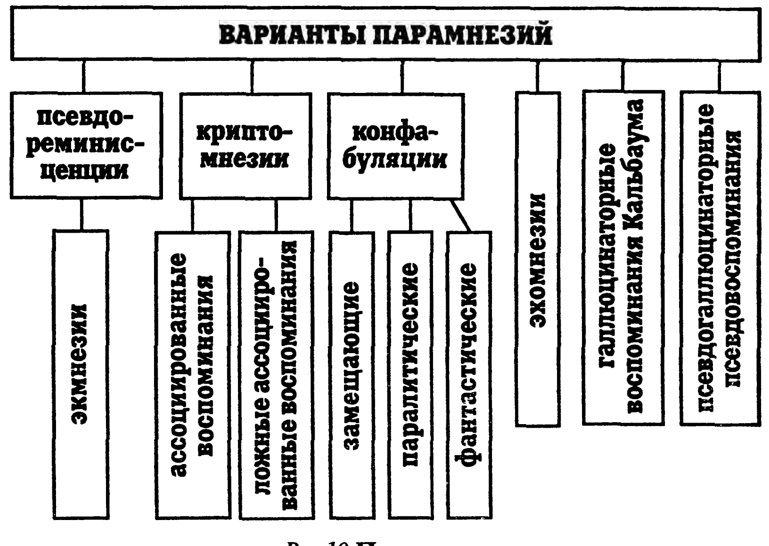


Рис.10. **Парамнезии**

Псевдореминисценции — ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти». Воспоминания о действительно имевших место событиях относятся больным в иной временной отрезок. Перенос событий осуществляется обычно из прошлого в настоящее, в котором замещает провалы памяти, возникающие в результате фиксационной или прогрессирующей амнезии. Псевдореминисценции обычно довольно стабильны по содержанию, повторно рассказываются больными, имеют обыденное содержание. Их разновидностью являются экмнезии — сдвиг ситуации в прошлое («жизнь в прошлом»), когда стирается временная грань между прошлым и настоящим и давние события переносятся такой болезненной памятью в настоящее. Такому переносу подвергаются не отдельные факты или события, а целые, часто довольно значительные, периоды жизни. Иногда этот симптом сочетается с симптомом неузнавания — больные не узнают себя в зеркале.

Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции, пуэрилизма.

Криптомнезии — искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

Варианты криптомнезии:

Ассоциированные (болезненно присвоенные) воспоминания — услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино, на сцене вспоминается как имевшее место в действительности, как пережитое или продуманное больным. К этому варианту относится истинная криптомнезия (патологический плагиат) — патология памяти, которая приводит пациента к присвоению себе авторства различных научных идей, произведений искусства, и т. п.

Ложные ассоциированные (отчужденные) воспоминания — противоположное расстройство. Реальные события из жизни больного в воспоминаниях предстают как имевшие место с кем-то иным, как услышанное, прочитанное, увиденное во сне, в кино или на сцене.

Криптомнезии входят в структуру некоторых вариантов психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга и параноидного синдрома.

Эхомнезии (редуплицирующая парамнезия Пика) — обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание в воспоминаниях предстают удвоенными, утроенными. От псевдореминисценций отличаются тем, что не носят замещающего характера при провалах памяти. Текущие события проецируются одновременно и в настоящее (адекватно), и в прошлое. У больного возникает убежденность в том, что это событие уже однажды имело место. Дифференциально-диагностическим признаком, отличающим эхомнезию от «уже виденного», является переживание в воспоминаниях не идентичного, а сходного с текущим события, тогда как при синдроме «уже виденное» текущая ситуация предстает идентичной кажущейся ретроспекции.

Входят в структуру психоорганического синдрома с преимущественным поражением теменно-височной области.

Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») — яркие, образные ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности. Больной вспоминает события и факты, которые якобы имели место в его жизни, тогда как в действительности они отсутствовали. Существует три варианта конфабуляций:

Замещающие конфабуляции — ложные воспоминания, которые заполняют провалы памяти. Характеризуются обыденным содержанием, чаще всего имеют профессионально-бытовой характер, неустойчивы, лабильны по фабуле. Возникают, как правило, в процессе беседы с больным. Причем по мере расспроса фабула обрастает все новыми и новыми деталями, «вспоминаемыми» больным.

Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции.

Фантастические конфабуляции — ложные воспоминания о невероятных фантастических событиях, якобы имевших место в отдаленном или недавнем прошлом (например, нелепые любовные сюжеты, встречи с великими людьми). Содержание их обычно довольно стабильно, сочетается с однотематическим бредом величия, эротическим, иного происхождения, и т. п.

Входят в структуру конфабуляторно-бредовых и острых парафренных синдромов, конфабулеза.

Паралитические конфабуляции — ложные воспоминания нелепого содержания (больной считает, что имеет высокие звания, порой несочетаемые, например, «трижды маршал» и «заслуженный железнодорожник», обладает большим числом орденов и несметными богатствами).

Входят в структуру паралитического слабоумия.

Галлюцинаторные воспоминания Кальбаума (конкретная фанторемия) — вид парамнезий. Факт, узнанный в галлюцинаторном переживании, фиксируется памятью как реальное событие и проецируется в прошлое, где в действительности места не имел.

Входят в структуру галлюцинаторно-параноидных и парафренных синдромов.

Псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания (В. Х. Кандинский) — созданный воображением факт тут же становится содержанием слуховой (чаще) или зрительной галлюцинации и с этого момента предстает в сознании пациента как воспоминание о реальном событии, якобы имевшем место в прошлой его жизни.

Входят в структуру галлюцинаторного варианта синдрома Кандинского, парафренных синдромов.

2.3. СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

Психология мышления

Мышление — это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей. Человеческое мышление невозможно без языка и имеет свои логические формы. Главными из них являются: понятия, суждения, умозаключения.

Понятие — форма мышления, отражающая существенные признаки предметов и явлений объективного мира. Понятия бывают абстрактные и конкретные. Абстрактные служат для обозначения качеств или свойств состояний, действий, предметов или явлений. Они образуются путем абстрагирования, т. е. мысленного отвлечения от конкретных свойств, сторон или связей объектов реального мира с целью выделения наиболее существенных. Они мыслятся сами по себе. К ним относятся такие понятия, как «белизна», «прогредиентность». Конкретными являются понятия самих предметов и явлений. Например, «больной», «шизофрения». Конкретное понятие

может рассматриваться как синтез абстрактно мыслимых качеств. Так, конкретное понятие «учебная доска» включает такие абстрактные качества, как твердость, форма, цвет, определенная функциональная роль, и т. д.

Составные элементы понятия (цвет, форма и т. п.) принято называть признаками. Они бывают существенные и несущественные. К существенным относятся признаки рода и видового отличия.

Признак рода есть понятие класса, в который вводится рассматриваемое понятие. Например, если мы рассматриваем понятие «шизофрения», то признаком его рода является понятие класса определенных нозологических единиц — эндогенные психозы. Видовое отличие служит для того, чтобы используемое понятие выделить из ряда ему подобных, из его класса. Так, видовым отличием понятия «шизофрения» от понятия «маниакально-депрессивный психоз», тоже входящего в класс «эндогенные психозы», является наличие прогредиентности.

Помимо признаков понятия имеют объем и содержание. Первый означает совокупность представлений обо всех предметах, образующих понятие, а второе — те признаки, которые приписываются тому или иному понятию. Чем больше объем понятия, тем беднее его содержание. Так, понятие «эндогенные психозы» больше по объему, но беднее по содержанию, чем понятие «шизофрения».

Суждение — форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете, отражаются отношения и связи между предметами и явлениями или между их свойствами и признаками посредством утверждения или отрицания. Эта форма мышления существенно отличается от понятия. Последнее отражает совокупность существенных признаков предметов, перечисляет их, а суждение отражает их связи и отношения.

Умозаключение — форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений (посылок) новое (заключение).

Процесс мышления связан с рядом логических операций: анализом, синтезом, обобщением, ограничением, делением, классификацией и т. д. Анализ — мыслительная операция, заключающаяся в разложении, расчленении изучаемого явления или объекта на составные признаки и части. Синтез — такая операция мышления, с помощью которой сводятся воедино отдельные свойства, элементы, признаки, связи и т. д., выделенные анализом. Обобщение — процесс сведения менее общих понятий в более общие. Например, «шизофрения» — «эндогенный психоз» — «психическое заболевание» — «болезнь». Ограничение — обратный процесс, образование менее общих понятий из более общих. Наиболее общие понятия называются категориями. Каждая наука оперирует своей системой категорий. Так, категориями психиатрии являются «бред», «галлюцинации», «ступор» и т. п. Определение понятия совершается при помощи признака рода и видового отличия, т. е. перечисляются его существенные признаки. В качестве примера приведем определение понятия «шизофрения».

Термином «шизофрения» в настоящее время обозначается клинически выделяемое хроническое эндогенное психическое заболевание, которое возникает преимущественно в период от пубертатного до инволюционного криза включительно и имеет тенденцию к прогредиентному течению. Последнее приводит к своеобразному изменению личности, ее несостоятельности с падением эмоционально-волевого тонуса, формированием интравертированности (до степени аутизма), возникновением и углублением нарушений стройности мышления, которое становится паралогичным и непродуктивным. Для шизофрении как процесса характерен закономерный синдромотаксис, проявляющийся определенными стереотипами развития и трансформации психопатологической симптоматики. Это позволяет выделить три основные формы болезни: непрерывно текущую, шубообразную и рекуррентную. Стереотипы синдромотаксиса коррелируют со

степенью прогрессирования болезни, ее прогредиентностью, что позволяет при первых двух формах провести внутригрупповое деление: малопрогредиентные (вялотекущие), среднепрогредиентные и злокачественные варианты шизофрении (А. О. Бухановский).

Здесь признаком рода является понятие «хроническое эндогенное психическое заболевание», а видовым отличием, позволяющим отличить шизофрению от иных эндогенных психических заболеваний, — вся остальная часть определения.

Деление — мыслительная операция, раскрывающая объем понятия. Признак, который дает возможность разбить род на виды, называется основанием деления. Например, распределение людей по полу. Деление категорий по существенному признаку называется классификацией. Так, внутригрупповая систематизация шизофрении проводится по такому существенному основанию, как форма течения.

Различают три вида мышления: наглядно-действенное, образное и абстрактно-логическое.

Наглядно-действенное — отражение связей и отношение предметов и явлений, непосредственно включенных в практическую деятельность человека. Оно используется для решения задач, возникающих непосредственно в процессе практической деятельности, и применяется при манипулировании предметами, часто методом проб и ошибок.

Образное мышление — отражение связей и отношений с помощью содержащихся в памяти образов предметов и явлений, которые в прошлом включались в его деятельность. Вместе с наглядными образами используются и знания, полученные при обучении и воспитании, но в значительно меньшей степени.

Абстрактно-логическое (отвлеченное) мышление — отражение связей и отношений путем оперирования понятиями. Здесь вскрываются такие явления, закономерности, причинно-следственные связи, которые не поддают-

ся чувственному, наглядно-действенному и образному познанию. Именно данный вид мышления позволяет устанавливать наиболее общие закономерности развития природы и общества. Поэтому его еще называют теоретическим.

Вышесказанное характеризует содержательную сторону мышления, формой выражения которой является ***речь***. Как отражение мышления она обладает логичностью, доказательностью, грамматическим строем, темпом, целенаправленностью, гибкостью и подвижностью, экономичностью, широтой, глубиной, критичностью, самостоятельностью, пытливостью, любознательностью, находчивостью, остроумием, оригинальностью, продуктивностью.

Логичность — умение строить умозаключение в соответствии с законами логики, разумно, последовательно, с отражением внутренней закономерности между явлениями и предметами. *Доказательность* — способность последовательно обосновать свое мнение или решение. *Грамматический строй* — соответствие речи законам филологии соответствующего языка. *Темп речи* — скорость протекания мыслительного процесса, определяемая количеством образующихся в единицу времени ассоциаций. *Целенаправленность* — сохранение в течение определенного времени подчиненности мыслительного процесса определенной задаче. *Гибкость и подвижность* — умение быстро отказаться от ранее принятых решений, если они перестали удовлетворять изменившейся ситуации или условиям, и найти новые. *Экономичность* — выполнение определенной мыслительной задачи с помощью наименьшего числа ассоциаций. *Широта* — кругозор, способность использовать при мыслительном процессе круг разнообразных фактов и знаний и умение внести в них важное и новое. *Глубина* — способность вникать в суть явлений, искать их причины, не ограничиваясь констатацией лежащих на поверхности фактов, умение дать оценку наблюдаемым явлениям. *Критичность* — умение адекватно оценивать результаты собственной мыслительной

деятельности. *Самостоятельность* — способность самостоятельно наметить требующий решения вопрос и независимо от мнения окружающих найти на него ответ. Самостоятельный ум чужд конформности. *Пытливость* — стремление дознаться до основных причин наблюдаемых явлений и фактов, всесторонне их изучить. *Любознательность* — стремление узнать то новое, с чем человек встречается в жизни. *Находчивость* — умение быстро найти способ решения мыслительной задачи. *Остроумие* — способность к неожиданным, нешаблонным умозаключениям, которые возникают на основе скрытых от других смысловых связей. В остроумии проявляются такие качества ума, как глубина, гибкость, быстрота и т. д. *Оригинальность* — индивидуальное качество мыслительного процесса, накладывающее отпечаток на все его проявления, заключается в способности прийти к правильным выводам нешаблонным путем. *Продуктивность* — итоговое свойство мыслительной деятельности, в результате которой происходит адекватное отражение существенных сторон объективного мира и его взаимосвязей.

Мышление является основной составной частью ***интеллекта***, который представляет собой совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека. Для оценки интеллекта в норме и патологии принята схема, которая включает: предпосылки интеллекта, интеллект в узком смысле слова и «психический инвентарь». К предпосылкам относятся отдельные психические процессы: память, внимание, умственная работоспособность, темп функционирования психической жизни человека, речевая одаренность, и т. п. Собственно интеллект (ум) состоит из почти неограниченного ряда способностей к логическому мышлению. Под «психическим инвентарем» понимают совокупность знаний, приобретенных в процессе индивидуального опыта. Симптомы патологии мышления крайне разнообразны (*рис. 11*).



Рис. 11. **Патология мышления**

Нарушения содержания мышления

Расстройства содержания мышления (продуктивные) характеризуются неадекватным отражением существенных качеств, сторон, отношений и закономерностей объективной реальности в силу болезненного состояния головного мозга. Они делятся на навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи (частный вариант навязчивостей). Непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации, что правильно понимается и критически оценивается пациентом, контролирующим свое поведение. Возникновение их не зависит от желания больного и происходит против его воли. Эти мысли носят неотступный характер, от них невозможно произвольно освободиться. Как правило, навязчивости сопровождаются отрицательными эмоциональными переживаниями, душевным дискомфортом.

Навязчивые идеи различают по механизмам возникновения и сочетанию их с патологией других психических процессов (*рис. 12*).

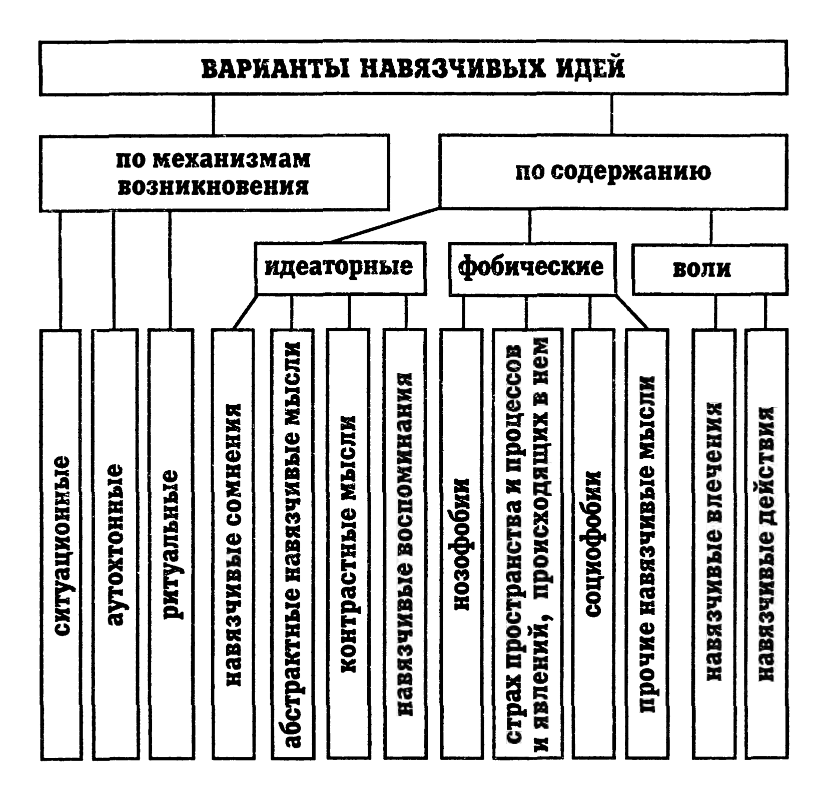


Рис. 12. **Навязчивые идеи**

Навязчивости различаются по механизмам возникновения.

Ситуационные навязчивости возникают в результате психогений, их содержание психологически понятно, конкретно, отражает психотравмирующую ситуацию. Например, канцерофобия, возникающая по механизмам иатрогении.

Аутохтонные навязчивости появляются без видимой внешней причины, их содержание нередко психологически

малопонятно, оторвано от реальности, абстрактно. Иногда они возникают в психотравмирующей ситуации, но содержания психогении обычно не отражают или быстро от нее отрываются.

Ситуационные и аутохтонные навязчивости относятся к первичным навязчивостям.

Ритуальные навязчивости появляются вслед за первичными и носят защитный характер, снимая душевный дискомфорт, вызываемый последними. Ритуал, возникающий как защита от первичной навязчивости, называется ритуалом первого порядка. Его содержание обычно связано с содержанием первичной навязчивости. Например, аблютомания — навязчивое мытье рук при мизофобии — навязчивом страхе заражения. Нередко возникают ритуальные навязчивости на уже имеющиеся ритуалы. Это ритуалы второго порядка, третьего и т. д. Ритуальные навязчивости относятся ко вторичным навязчивостям. Чаще всего они являются двигательными актами — навязчивыми действиями.

Навязчивости различаются по сочетанию с патологией других психических процессов.

Идеаторные навязчивости, возникающие только в сфере мышления. Они подразделяются на четыре категории.

Навязчивые сомнения — навязчивые мысли с мучительной неуверенностью в правильности и завершенности своих действий. Больные постоянно стремятся проверить себя, мало успокаиваясь при этом. Вариантом является амблинойя — патологическая затрудненность принятия решения.

Абстрактные навязчивые мысли — форма навязчивых идей, содержание которых носит отвлеченный характер. Обычно имеют два варианта: арифмомания — навязчивое умственное манипулирование цифрами и «умственная жвачка» — бесплодное, изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы.

Контрастные мысли — аффективно насыщенные мысли, содержание которых противоречит мировоззрению и

морально-этическим принципам личности. При этом больной страдает не только от самой навязчивости, но и от ее содержания. Контрастные мысли встречаются в виде хульных (брань) и кощунственных, содержание которых отражает не истинное отношение больного, а диаметрально противоположное (например, пожелание смерти любимому человеку).

Навязчивые воспоминания — непреодолимые, ненужные и неактуальные в данный момент воспоминания о нейтральном или позорном событии из собственной жизни. Как правило, они сопровождаются чувством стыда и раскаяния.

Навязчивости, сочетающиеся с аффективными расстройствами (фобии). Это навязчивые мысли, которые сочетаются с первичным страхом. Несмотря на большой удельный вес в структуре этого симптома эмоциональных расстройств, фобии традиционно рассматриваются при изучении патологии рационального познания. По содержанию фобии подразделяются на четыре категории.

Нозофобии — навязчивый страх заболевания с тяжелыми последствиями. В клинической практике чаще всего встречаются: кардиофобия — страх перед болезнью сердца, канцерофобия — страх заболеть злокачественной опухолью, алиенофобия — страх сойти с ума, мизофобия — страх загрязнения и, как результат, инфекционного заболевания, лиссофобия — страх заболеть бешенством, сифилофобия — страх заболеть венерическим заболеванием, фтизиофобия — страх заболеть туберкулезом, гематофобия — страх, что возникнет кровотечение, онанофобия — страх перед последствиями мастурбации, вертигофобия — боязнь упасть в обморок, акарофобия — страх заразиться чесоткой, ангинофобия — боязнь приступов стенокардии, гельминтофобия — страх заразиться глистами.

Страх пространства, а также процессов и явлений, происходящих в нем. Наиболее распространенными фобиями в этой подгруппе являются: агорафобия — боязнь открытых пространств, площадей, широких улиц; клаустрофобия

— боязнь закрытых помещений, кенофобия — боязнь пустых помещений; астропофобия — боязнь молний; гипсофобия — боязнь подъема и пребывания на высоте; гелиофобия — боязнь солнечных лучей; пирофобия — боязнь пламени, возгорания; акрофобия — боязнь высоты, пребывания на балконе, крыше и т. п., сопровождающаяся головокружением; амаксофобия — боязнь колесного транспорта; анемофобия — боязнь быть застигнутым бурей; базофобия — страх ходить; батофобия — боязнь глубины; бронтофобия — страх перед громом; гефирофобия — страх ходить по мосту.

Социофобии — страхи, содержанием которых являются различные аспекты межперсональных отношений: лалофобия — страх выступать в аудитории; вомитофобия — боязнь рвотных движений в присутствии людей; антропофобия — боязнь общения с людьми, особенно с посторонними; монофобия (аутофобия) — страх одиночества; мифофобия — страх солгать, невольно сказать неправду; ситофобия — страх поперхнуться при приеме пищи в присутствии посторонних; гидрозофобия — страх вспотеть или же стать источником неприятного запаха и простудиться; эрейтофобия — страх покраснеть, смутиться в обществе; гинекофобия — боязнь общения с женщинами; андрофобия — страх у женщин перед половым актом; миксефобия — боязнь оказаться несостоятельным при интимной близости; коитофобия — страх перед половым актом; урофобия — боязнь неодолимого позыва к мочеиспусканию в условиях, препятствующих его реализации; акнефобия — боязнь появления на коже лица угрей, привлекающих внимание окружающих; аутомизофобия — боязнь стать источником неприятного запаха (пота, кала, кишечных газов, и т. п.), что может затруднить общение с другими людьми; гамартофобия — страх совершить недостойный поступок; гаптофобия — боязнь перед прикосновением окружающих; петтофобия — боязнь общества; гарпаксофобия — боязнь быть ограбленным; гедонофобия — боязнь наслаждения; геронтофобия — страх встретиться с пожилым человеком, стариком; некрофобия —

боязнь трупов; бромидрофобия — боязнь, что окружающие почувствуют запах тела больного.

Прочие навязчивые страхи: фобофобия — страх перед возвратом ранее имевшего место страха; трискайдекафобия — страх перед числом «13»; паралинофобия — боязнь невозможности выполнить ритуальное действие, навязчивый ритуал; пантофобия — множественные навязчивые страхи разнопланового содержания; оксифобия — боязнь острых предметов, которые могут быть использованы для нанесения телесных повреждений самому себе или окружающим; зоофобия — страх перед животными; арахнофобия — боязнь пауков; атаксиофобия — боязнь нарушения координации автоматизированных движений, сопровождающихся их сознательным контролем; айлорофобия — боязнь кошек; айхмофобия — боязнь прикосновения к телу заостренного предмета или пальца; гематофобия — боязнь вида крови; тафофобия — боязнь быть погребенным заживо.

Навязчивые волевые расстройства делятся на две категории:

Навязчивые влечения — желание совершать ненужные, порой опасные действия, что сопровождается внутренним дискомфортом. Обычно они не реализуются в двигательные акты, действия. К ним относятся: суицидомания — навязчивое стремление к самоубийству; гомицидомания — навязчивое влечение к убийству, часто близкого человека, ребенка.

Навязчивые действия — реализованные навязчивые влечения. Часто носят характер ритуальных. Среди них: аблютомания — навязчивое мытье рук при мизофобии, бациллофобии. Встречаются также самостоятельные (первичные) навязчивые действия: аутодепиляция — выдергивание собственных волос; трихотилломания и трихотиллофагия — выщипывание собственных волос и их поедание; онихофагия — обгрызание ногтей; бруксомания — скрежетание зубами; геофагия — поедание земли; навязчивые тики — элементарные движения в виде миганий, наморщивания лба, подергивания

плечами, респираторных тиков (шмыгание носом, хмыкание, покашливание и т. п.). Для отграничения данных тиков от сходных с ними неврозоподобных состояний соматического, резидульно-органического и нередко процессуального происхождения у детей младшего возраста предлагается обращать внимание на следующие признаки:

- навязчивые тики возникают на основе различных целесообразных защитных, чаще рефлекторных движений (мигание при конъюнктивите), хотя в дальнейшем они утрачивают первоначальный защитный характер;
- у больного с навязчивыми тиками имеется потребность в повторении определенного движения, связанная с эмоциональным напряжением, которая усиливается при его задержке;
- навязчивые движения осознаются больным как чуждые, болезненные, как «дурная» привычка;
- дети школьного возраста часто стесняются навязчивых тиков, стараются скрыть или замаскировать их;
- навязчивые тики не имеют постоянной локализации, которая нередко наблюдается при неврозоподобных тиках резидуально-органического происхождения;
- навязчивые тики значительно усиливаются при волнении и в психотравмирующей ситуации, в то время как при соматических заболеваниях они не меняются или же ослабевают;
- тики навязчивого характера, как правило, сочетаются с различными невротическими расстройствами (навязчивые страхи, опасения и т. д.);
- применение психотерапевтических мероприятий при навязчивых тиках часто дает терапевтический эффект, тогда как при неврозоподобных тиках любого происхождения большинство видов психотерапии (исключая аутогенную тренировку) малоэффективно.

Навязчивости встречаются в рамках обсессивных и фобических синдромов, *а также при синдроме ларвированной депрессии.*

Сверхценные идеи. Продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом. В силу этого оно приобретает не соответствующее ему по степени значимости доминирующее положение во всей духовной жизни человека, определяет его деятельность и приводит к дезадаптации в социальной среде.

При дифференциации навязчивых и сверхценных идей следует обращать внимание на отношение к ним личности: первые воспринимаются личностью как нечто чуждое, тогда как вторые часто являются составным элементом ее мировоззрения. В силу этого при сверхценных идеях критика отсутствует или носит формальный характер (формальная критика — ситуационное согласие с контрдоводами при внутреннем убеждении в своей правоте), тогда как при навязчивостях она истинная. Важно учитывать и то, что сверхценная идея выступает побудителем узконаправленной деятельности в соответствии со своим содержанием, тогда как навязчивости являются побудителями в борьбе с ними.

В отличие от систематизированного бреда сверхценная идея не имеет ложного содержания, в ее основе лежат реальные события и факты. Она кататимно изменяет наблюдательность, память, несколько суживает круг интересов, приводит к избирательному подбору впечатлений и фактов, что не сопровождается изменением ядра личности, ее грубой дисгармонией. Систематизированный же бред сочетается с изменением ядра личности и имеет тенденцию к дальнейшему развитию. При сверхценной идее, в отличие от бреда, возможна временная коррекция поведения извне. С течением времени в ряде случаев сверхценные идеи теряют свою актуальность.

Выделяются три варианта сверхценных идей (*рис. 13*).

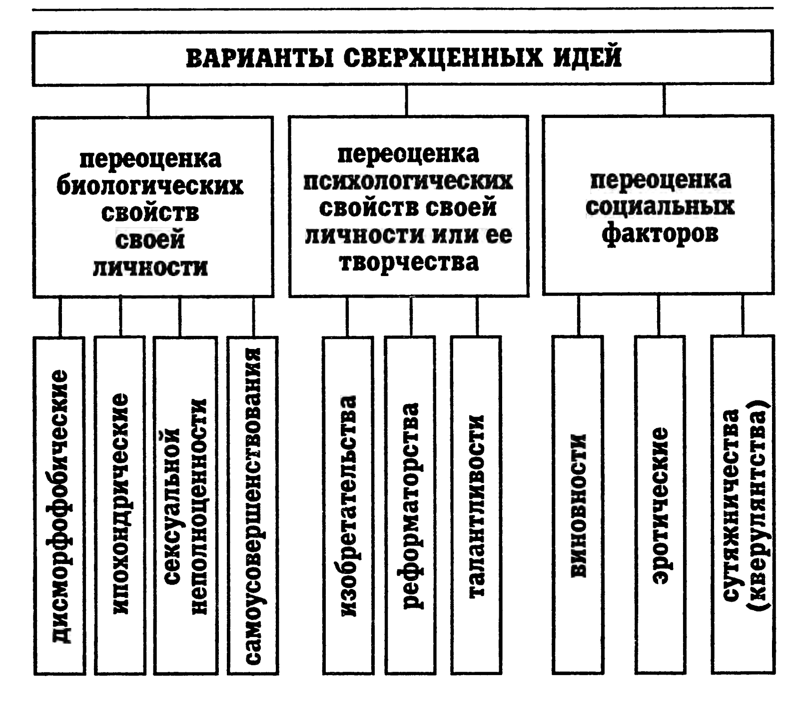


Рис. 13. **Сверхценные идеи**

1. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой биологических свойств своей личности, имеют четыре варианта.

Дисморфофобические сверхценные идеи — убежденность больного в том, что имеющийся у него косметический или физиологический дефект или недостаток настолько выражен, что приводит к уродливости, делая пациента неприятным в глазах окружающих. На устранение этого недостатка и направлены все жизненные интересы и волевые усилия больного.

Ипохондрические сверхценные идеи характеризуются преувеличением тяжести имеющегося соматического заболевания. В отличие от больных с ипохондрическим бредом систематизированного характера такие больные не ус-

танавливают своего диагноза, не разрабатывают собственных теорий этиопатогенеза страдания, и т. п.

Сверхценные идеи сексуальной неполноценности проявляются убеждением в тяжелых медицинских и социальных последствиях незначительных временных или эпизодических неудач в сексуальной сфере (подростковая мастурбация, случайный срыв при интимной близости, и т. п.).

Сверхценные идеи самоусовершенствования проявляются преувеличением роли и значимости общеизвестных и спорных взглядов на роль физических упражнений и психологической тренировки для здоровья, формирования личности, ее гармонии, мировоззрения, жизненных установок. Это убеждение становится самоцелью. Для его реализации используются известные системы (культуризм, йоги, и т. п.) или создаются новые.

2. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества, делятся на три варианта:

Сверхценные идеи изобретательства характеризуются преувеличением больным значимости сделанных им изобретений, рацпредложений и т. п., что сочетается со стремлением к их всеобщему признанию.

Сверхценные идеи реформаторства возникают на основе предвзятой, чаще всего дилетантской, ревизии существующих научных, социальных, экономических, культурных и иных концепций и систем с болезненной убежденностью в необходимости коренных их изменений. Обычно больные взамен ревизуемых предлагают собственные концепции и реформы, осуществление которых становится целью их жизни.

Сверхценные идеи талантливости характеризуются убеждением больного в том, что он особо одаренная личность. В силу этого достижение всеобщего признания становится целью его жизни.

3. Сверхценные идеи, связанные с переоценкой социальных факторов, имеют три варианта:

4. Зак. 215

Сверхценные идеи виновности проявляются преувеличением социальной значимости реальных поступков больного.

Эротические сверхценные идеи проявляются тем, что обычные знаки внимания, кокетство лиц противоположного пола и т. п. расцениваются больными как признаки страстной влюбленности в них и вызывают соответствующие поведенческие реакции. Сюда же относятся сверхценные идеи ревности — убеждения в неверности сексуального партнера, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств.

Сверхценные идеи сутяжничества (кверулянства) определяются тем, что при них возникает убеждение в необходимости борьбы с реальными общеизвестными или малозначимыми недостатками, возводимыми больными в ранг социальной несправедливости. Эта борьба становится целью жизни пациентов. В силу своей патологической активности они порой дезорганизуют деятельность различных учреждений, загружая их письмами, заявлениями, жалобами и т. п.

Сверхценные идеи могут встречаться как самостоятельное психопатологическое расстройство (малый, «моносимптоматический» синдром), в форме реакций акцентуированных и психопатических личностей, а также на начальных этапах формирования хронических бредовых синдромов.

Бредовые идеи. Продуктивные расстройства, при которых возникают непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в биологической и социальной среде. Бред является формальным признаком психоза и, по мнению большинства исследователей, выступает одним из основных признаков психических заболеваний.

Входит в структуру большинства психотических синдромов.

Классификация бреда проводится по двум основным параметрам: структуре и содержанию (*рис. 14*).



Рис. 14. Бредовые идеи

По структуре бред делится на систематизированный и несистематизированный.

Систематизированный бред характеризуется наличием логической структуры и системы доказательств. Он имеет внутреннюю субъективную логику, в соответствии с которой факты трактуются больным односторонне и искаженно. Такой бред называют интерпретативным, первичным бредом. Развитие его обычно медленное, хроническое.

Входит в структуру хронических бредовых синдромов.

Несистематизированный бред характеризуется безотлагательными болезненными утверждениями и отсутствием достаточно разработанных логических построений. Его

отличает более тесная связь с сиюминутной ситуацией. Источником информации чаще всего является все то, что находится в пределах чувственного восприятия больного. Формирование этого бреда обычно острое, фабула возникает внезапно, она неустойчива и полиморфна. Высказывания больных нередко двойственны, противоречивы и довольно изменчивы. Не являясь продуктом рационального осмысления, последовательных рассуждений, эти мысли не объясняются больными, могут быть непоследовательными и фрагментарными. Для этого бреда характерна тенденция к генерализации с вовлечением в поле зрения больного все большего числа новых событий, фактов, лиц. Развитие несистематизированного бреда, как правило, сочетается с другими, обычно довольно обильными, психопатологическими феноменами — галлюцинациями, эмоциональной патологией, моторными расстройствами, помрачением сознания.

Входит в структуру многих сложных психотических состояний — помрачений сознания, острых галлюцинозов, галлюцинаторно-бредовых, параноидных, аффективно-параноидных, аффективно-кататонических, кататоно-параноидных, парафренных синдромов.

По содержанию различают четыре основные формы бреда.

Бред с пониженной самооценкой характеризуется болезненным преувеличением имеющихся или приписыванием себе несуществующих недостатков или неприятностей (психических, соматических, биографических и т. п.). Выделяют ипохондрический бред — патологическая идея о неизлечимой болезни или о заболевании, унижающем человеческое достоинство или приводящем к инвалидности, или о недиагностированном и т. п.; бред самообвинения (греховности, самоосуждения) — приписывание себе мнимых или непомерное преувеличение имевших место незначительных неблаговидных поступков и действий и т. п.; бред самоуничижения (микромания) — болезненное утверждение об исключительно отрицательных собственных моральных, интел-

лектуальных, физических или иных качествах, о собственном ничтожестве; бред дисморфоманический (бред физического недостатка) — убежденность в якобы замечаемых окружающими мнимом уродстве больного или вроде бы исходящем от него крайне неприятном запахе (пота, гениталий, кишечных газов) — соответственно косметический и парфюмерный варианты; нигилистический бред — убежденность в тяжелейшем заболевании, которое сопровождается прекращением функционирования внутренних органов, исчезновением или гниением внутренностей, всего тела.

Бред с повышенной самооценкой характеризуется преувеличением реальных свойств собственной личности или приписыванием себе несуществующих выдающихся качеств. К этой группе относятся: альтруистический бред (мессианства) — мысль о высокой политической, религиозной, медицинской и иной миссии, якобы возложенной на больного; бред высокого происхождения (иного происхождения, чужих родителей) — убеждение в случайной или преднамеренной подмене родителей в детстве, мысль о рождении от лиц, занимающих высокое положение в обществе; бред изобретательства (открытия) — мысль о совершении больным гениального изобретения или открытия; бред реформаторства — патологическая идея радикального изменения политического устройства общества, его экономики, той или иной науки с целью достижения общего блага; любовный (эротический) бред — убежденность во влюбленности определенного лица (лиц) в больного; бред притязания — идеи, обусловливающие активную борьбу больного за якобы попранную справедливость, осуществление необоснованных прав и стремлений и т. п., что нередко сочетается с идеями изобретательства и реформаторства, иногда с бредом кверулянства; бред богатства — болезненное убеждение в наличии мнимых богатств, ценностей у больного; бред величия — преувеличение своих духовных, психических, физических качеств, социального положения, возможностей. Бред величия имеет

три основных варианта: а) маниакальный — больной преувеличивает свои реальные качества, обычно предполагая возможные достижения в будущем, содержание идей при этом не несет очевидной нелепости, б) мегаломанический (экспансивный) характеризуется фантастичностью, грандиозностью, порой сказочностью преувеличений событий, которые, по утверждению больного, уже свершились, в) паралитический отличается выраженной нелепостью грандиозных утверждений и сочетается с глобальным слабоумием.

Персекуторный бред (бред преследования) отличается тем, что возникает убежденность об угрозе или вреде физическому или психическому «Я» больных, ожидаемых или причиняемых извне.

К персекуторным формам бреда относятся следующие:

Архаический бред, содержание которого отражает реальную угрозу, актуальную для прошедших времен (идеи колдовства, воздействия нечистой силы и пр.).

Бред воздействия — патологическая уверенность больного, что он находится под воздействием гипноза (бред гипнотического или телепатического воздействия) или воздействием радиации, космических лучей, лазеров и т. п. (бред физического воздействия). Как правило, этот симптом сочетается с разнообразными психическими автоматизмами — ощущением собственных психических процессов как «сделанных», навязанных извне, привнесенных с помощью гипноза или физического воздействия. Среди психических автоматизмов выделяют: идеаторные (ассоциативные) автоматизмы — ощущение «сделанности», искусственности своих мыслей, насильственности их происхождения и течения. К ассоциативным автоматизмам относятся: ментизм — мимовольный наплыв мыслей, не поддающихся упорядочению самими больными, симптом открытости — убежденность в наличии у окружающих возможности узнавать мысли, чувства, переживания больного, часто интимного содержания, повторять его мысли, симптом разматывания воспоминаний — ощущение

«сделанности» представлений, образных воспоминаний, насильственно выстраивающихся в последовательный ряд. К психическим автоматизмам относятся также моторные (двигательные, кинестетические) — переживание своих действий, движений, поступков как кем-то «наведенных», вызванных посторонним влиянием, речедвигательные — ощущение собственной речи как навязанной извне, чужой, чувство управления со стороны своим речедвигательным аппаратом, аффективные — ощущение чуждости переживаемых больным эмоций с убежденностью в их «сделанности», сенестопатические — наличие разнообразных сенестопатий с убежденностью в том, что они являются следствием какого-то (обычно физического) воздействия со стороны или кем-то специально вызываются. С психическими автоматизмами связан бред овладения (симптом робота) — убеждение пациента в полной подчиненности всех форм его жизнедеятельности постороннему влиянию, полной управляемости психики со стороны. Больной чувствует себя «марионеткой», «роботом».

Персекуторными формами бреда также являются: бред двойников — идея о существовании собственных копий (двойников), совершающих вместе с больным или вместо него различные поступки, порой позорящие его; бред метаморфозы (превращения) — убежденность больного в том, что он превращается в животное, инопланетянина, в другого человека или неодушевленный предмет; бред ущерба — патологическая мысль о том, что больному причиняют материальный урон — порча и подмена вещей, воровство продуктов, и т. п. К нему близок бред обнищания — идея о лишении (полном или частичном) больного или его близких принадлежащих им ценностей, о разорении (бред разорения); бред одержимости — представление о внедрении в организм больного животных или фантастических существ; бред отношения — отнесение в свой адрес нейтральных событий, ситуаций, информации (например, поведение прохожих, индифферентный разговор сослуживцев, и т. п.), которые трактуются болезненно, с убеж-

денностью в отрицательном отношении к пациенту, ущемлении его интересов в быту, на службе и т. п.; бред отравления — идея о добавлении ядов в продукты, воду, их распылении в воздухе и нанесении на поверхность тела с целью причинения вреда здоровью пациента или его убийства; бред ревности — убеждение в неверности сексуального партнера, приносящей больному моральный ущерб; антагонистический (манихейский) бред — представление о борьбе двух партий, враждебных группировок, государств, миров, сил добра и зла за привлечение больного на свою сторону ввиду наличия у него особых свойств личности или организма, при этом ему угрожают пытками, издеваются над ним, стараясь принудить к переходу на чью-либо сторону.

Смешанные формы бреда отличаются сочетанием в фабуле персекуторных идей с бредом повышенной или пониженной самооценки.

В этой группе выделяют следующие формы:

бред протекции — больной уверен, что с целью подготовки его к исполнению особой или великой миссии, определенного предназначения над ним экспериментируют, пытают, изолируют от общества, и т. п.;

бред благожелательного воздействия — больной полагает, что на него воздействуют извне с целью перевоспитания, обогащения опытом, знаниями, навыками, особыми качествами, улучшения настроения, и т. п.;

бред инсценировки — больной считает, что все вокруг него специально подстроено, разыгрывается по какому-то особому сценарию, в котором каждый из окружающих играет определенную роль, скрывая свои истинные намерения (благожелательные или недобрые);

бред кверулянства (сутяжничества) — болезненное присвоение миссии борьбы с преувеличенными несуществующими или мнимыми недостатками или же за свои или чужие якобы попранные права и достоинство. Средствами здесь выступают жалобы, заявления, тяжбы, и т. п.;

бред обвинения (осуждения) — больной убежден, что его осуждают и преследуют окружающие лица, которые ошибочно или умышленно обвиняют его в совершении неблаговидных поступков или преступлений, к которым он в действительности не имеет никакого отношения, или преувеличивают его реальные поступки в прошлом.

Перечисленные выше частные формы бреда не исчерпывают всего его многообразия. Отмечаются также:

бред интерметаморфозы (метаболический) — убежденность в полном изменении окружающей обстановки, ее несоответствии реальности, превращении предметов, перевоплощении людей, и т. п.;

симптом положительного двойника — больные по выражению лица, походке, манере поведения в незнакомых им людях «узнают» близких или хорошо знакомых;

симптом отрицательного двойника — больные по тем же самым признакам «определяют» среди родных и близких чужих, загримированных под них лиц;

бред особого значения — распознавание в окружающей среде, предметах, явлениях, поведении людей особых, понятных только больному знаков, тайного смысла, указаний и т. п.;

полиморфный бред — бред с большим количеством тем, не объединенных общей фабулой;

симптом Фреголи — один из вариантов бреда двойника, при котором больной замечает, как один и тот же человек якобы постепенно меняет свою внешность с помощью грима, принимая черты непохожих друг на друга людей.

Встречаются также иные формы бреда, содержание которого связано с преимущественным нарушением других психических функций. К ним относятся сенсорный, конфабуляторный, аффективный и резидуальный бред.

Сенсорный бред сочетается и тесно связан с массивными расстройствами чувственного познания (сенестопатии, психосенсорные расстройства, галлюцинации). Его фабула однотематична с содержанием сенсорных расстройств, име-

ет с ними корреляционную зависимость по остроте и динамике. Вариантом сенсорного бреда является катестетический (ипохондрический) бред, обусловленный сенестопатиями.

Входит в структуру острых галлюцинозов, галлюцинаторно-бредовых, сенестопатически-ипохондрических синдромов и помрачения сознания.

Конфабуляторный бред сочетается с конфабуляциями, в которых и черпает свою тематику. Последняя обычно отличается нелепостью, нередко фантастичностью и грандиозностью.

Входит в структуру парафренных и конфабуляторно-бредовых синдромов.

Аффективный бред сочетается и тесно связан с выраженной эмоциональной патологией (депрессией, манией, тревогой, страхом, дисфорией, эмоциональным напряжением) и подразделягтся на голотимический и кататимический бред. Голотимический возникает при полярных (маниакальных и депрессивных) аффективных синдромах, имеющих, как правило, эндогенное происхождение. Содержание и актуальность бреда определяются полюсами и степенью выраженности господствующего аффекта. При эйфории — идеи с повышенной самооценкой, при тоске — пониженной. Кататимический бред возникает в условиях кататимного типа патологического реагирования в условиях определенных жизненных ситуаций, сопровождающихся резким эмоциональным напряжением. Как правило, он имеет психогенное происхождение и обычно связан с особенностями личности. Содержание бреда ситуационно обусловлено и понятно.

Голотимический бред входит в структуру аффективных и аффективно-параноидных синдромов, а кататимический — в структуру некоторых бредовых и аффективно-бредовых состояний.

Резидуальный бред остается у больных после выхода из состояния помрачения сознания и характеризуется некри-

тичностью к переживаниям острого периода болезни, сопровождаясь упорядоченным поведением.

Нарушения формы ассоциативного процесса

Расстройства формы ассоциативного процесса представлены нарушениями темпа, подвижности, целенаправленности мышления и грамматического строя речи (*рис. 15*).

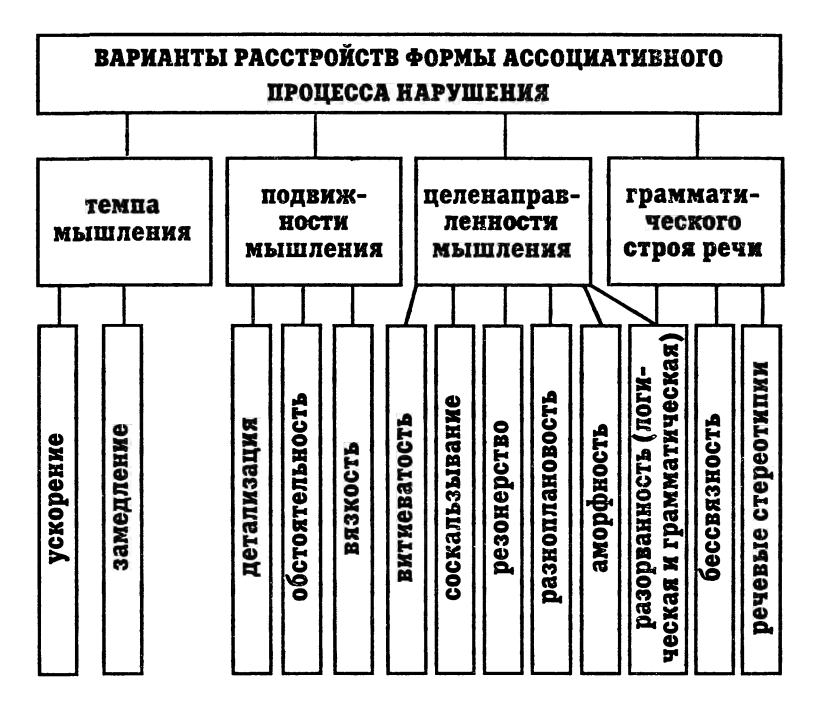


Рис. 15. **Нарушения ассоциативного процесса**

Нарушения темпа мышления. ***Ускорение*** – увеличение количества ассоциаций в единицу времени. При этом мышление сохраняет целенаправленность, но в силу преобладания простых ассоциаций (по созвучию, сходству, смежности, контрасту) появляется тематическая отклоняе-

мость — резкая смена темы высказываний. Мысли становятся поверхностными, малодоказательными, снижается продуктивность мышления, теряется предусмотрительность. Высшей степенью ускорения с тематической отклоняемостью является симптом скачки идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения, или созвучия произносимых слов). В таких случаях речь кажется бессвязной.

Наблюдается при маниакальных синдромах, непароксизмальных помрачениях сознания.

Замедление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Целенаправленность мышления сохраняется, но оно лишается прежней глубины и широты, обедняется и скудеет ассоциативный процесс, ввиду чего снижается продуктивность мышления.

Встречается при депрессивных синдромах, оглушении, некоторых вариантах олигофрений и деменций.

Нарушения подвижности мышления. Имеются три варианта. ***Детализация*** — постоянное вовлечение в процесс мыслительной деятельности второстепенных несущественных подробностей. Это не нарушает логичности, продуктивности и целенаправленности мышления, но делает его неэкономичным.

Обстоятельность — выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной теме мысли. В результате этого мышление становится малопродуктивным. Подобное мышление называется еще лабиринтным.

Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически малопонятной, а мышление непродуктивным. Больные теряют способность удержать центральную линию разговора, подчас неспособ-

ны самостоятельно вернуться к теме беседы, освободиться от побочных ассоциаций.

Симптомы этой группы отражают нарастание степени тяжести одного и того же психопатологического явления — тугоподвижности (ригидности, инертности, торпидности) мышления.

Нарушения отмечаются при эпилептической деменции, психоорганическом синдроме. Детализация, реже обстоятельность могут встречаться при паранойяльных синдромах.

Нарушения целенаправленности мышления. Симптомы, включенные в эту группу, нередко сменяют друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления. Последнее в результате все более отрывается от действительности и все менее определяется объективной необходимостью.

Витиеватость — пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, литературных цитат, научных терминов, формул и т. п., что не нужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание. При витиеватости речь сохраняет свой строй и внешнюю логичность, но приобретает черты псевдонаучности, «красивости» и необычности. Продуктивность мышления снижается.

Соскальзывание — внешне объективно немотивированные неожиданные эпизодические переходы логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой по ложной неадекватной ассоциации, несущественному для конечной цели ассоциативного процесса признаку. После соскальзывания больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, не повторяя, но в то же время и не исправляя допущенной ошибки. В отличие от тематической отклоняемости при соскальзывании нет ускорения темпа мышления, а отдельные отрезки мыслей между пунктами соскальзывания сохраняют основные свойства нормального мышления, однако в целом продуктивность

его снижается. Тематическая отклоняемость происходит по простым ассоциациям, отражающим конкретные свойства предметов и явлений, а соскальзывание осуществляется по сложным (абстрактным) ассоциациям, которые неадекватны основной цели мысли («малые признаки»).

Резонерство — пространные разглагольствования по несущественному поводу. Обычно их содержание — банальные нравоучения, морализованные истины, известные изречения, софизмы и т. п. Речь грамматически построена правильно, но многословна, изобилует причастными, деепричастными оборотами, вводными словами и т. п. Такое мышление непродуктивно. Оно не является конкретным, так как не опирается на опыт и не относится к абстрактному ввиду отсутствия обобщения.

Разноплановость — постоянная необоснованная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, соскальзывания, ввиду чего мысль лишается основного стержня, в ней объединяются порой несочетаемые понятия. При этом больные правильно усваивают инструкции, у них не нарушены интеллектуальные операции, но продуктивность мышления значительно снижается, конечная цель не достигается, так как суждения о каком-либо явлении или факте одновременно складываются на различных уровнях.

Аморфность — нечеткое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, ввиду чего мысль остается непонятной окружающим. Различая резонерство и аморфность, можно сказать, что в первом случае непонятно «зачем», а во втором «о чем» больной говорит.

Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями, суждениями и понятиями. В результате этого уловить смысл речи больного не удается. Разорванность встречается в двух вариантах: логическая разорванность — отсутствие логической связи между отдельными компонентами мысли при сохранении ее грамматического строя;

грамматическая разорванность — утрата грамматического строя речи, превращающейся порой в «словесную окрошку» — набор отдельных, не связанных между собой слов (шизофазия).

Симптомы, включенные в эту группу, нередко сменяют друг друга по мере углубления нарушения мотивационного компонента мышления. Последнее в результате все более отрывается от действительности и все менее определяется объективной необходимостью.

Наиболее полно все эти симптомы встречаются при синдромах шизофренического дефекта. Витиеватость и резонерство могут являться индивидуальными особенностями при некоторых формах акцентуаций личности и психопатических синдромах; резонерство нередко имеет место при эпилептической деменции.

Нарушения грамматического строя речи. Имеются следующие варианты. ***Бессвязность*** — нарушение логики изложения и грамматического строя речи на фоне помраченного сознания. При этом речь представляет собой набор неоконченных фраз, отдельных слов и словосочетаний, перечисление предметов, попавших в поле непосредственного восприятия больного. Выраженная степень бессвязности называется инкогеренцией. Внешне бессвязность может напоминать разорванность. Последняя всегда наблюдается на фоне формального ясного сознания.

Речевые стереотипии — бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, речевых оборотов. Вариантами речевых стереотипий являются: персеверации — «застой мысли», при котором первое высказывание, адекватное ситуации или заданному вопросу, затем стереотипно повторяется больным в ответ на другие задаваемые ему вопросы; вербигерации — бессмысленное повторение («нанизывание») отдельных слов или речевых оборотов.

Отмечаются при синдромах шизофренического дефекта, органического и эпилептического слабоумия, афотических синдромах, иногда оглушенности.

2.4. СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИЙ

Психология эмоций

Эмоции — это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе. Они представляют собой интегративное выражение тонуса нервно-психических процессов, находящее отражение в изменении параметров нервно-психической деятельности и соматических проявлений.

Эмоции имеют ряд свойств: качество, содержание, направленность, длительность, выраженность, источник возникновения и т. д. Основные качества эмоциональных состояний выступают необходимыми признаками субъективного отношения личности к объекту. К ним относятся: положительное, отрицательное, двойственное и неопределенное отношение.

Положительное субъективное отношение является показателем того, что удовлетворяет, удовлетворило или могло бы удовлетворить возникшую потребность. *Отрицательное* субъективное отношение является показателем того, что мешало, мешает или может помешать этому. *Двойственное* (*амбивалентное*) субъективное отношение отражает одновременное сосуществование положительного и *отрицательного* отношения к объекту. *Неопределенное* субъективное отношение отражает кратковременное состояние ориентировки в новых впечатлениях, быстро переходящее в положительное или отрицательное.

В зависимости от содержания потребностей, которые они отражают, эмоциональные состояния могут быть отнесены к высшим или низшим. Содержанием первых выступает удовлетворение или неудовлетворение социальных потребностей человека, а низших — удовлетворение или неудовлетворение эгоистически-утилитарных и инфантильно-гедонических потребностей.

Эмоциональные проявления подразделяются на эмоциональные состояния, отношения и реакции. *Эмоциональное состояние* — это пребывание в каком-либо расположении духа, связанном с общим соматопсихическим тонусом субъекта и имеющем, как правило, протопатическую природу. *Эмоциональное отношение* характеризует связь субъекта с конкрет-ным объектом и выражает его активную позицию в субъективной оценке последнего. *Эмоциональная реакция* возникает как непосредственный субъективный ответ на какое-либо воздействие, впечатление.

В зависимости от непосредственной формы переживаний, направленности, длительности, выраженности, напряженности и источника возникновения эмоциональные проявления делятся на чувственный тон, настроение, чувство, страсть, аффект и эмоционально-стрессовые состояния.

Чувственный тон — относительно постоянный, общий, недифференцированный эмоциональный фон, на котором протекают психические процессы. Он отражает степень и качество отношения человека к объекту в целом. Источником чувственного тона, не имеющего своего содержания, является непосредственное ощущение или восприятие отдельных объектов или мира в целом. Чувственный тон обеспечивает полноту, яркость непосредственного восприятия окружающей действительности и лежит в основе осознания субъективной принадлежности психических процессов.

Настроение — длительное, относительно уравновешенное и устойчивое общее эмоциональное состояние, окрашивающее отдельные психические процессы и поведение человека. Настроение определяют общий соматический тонус и общее состояние внешней среды.

Чувство — эмоциональное отношение, отличающееся относительно четкой ограниченностью во времени, интенсивностью переживаний и отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного объекта.

Страсть — длительное, значительно выраженное и напряженное эмоциональное отношение с направленностью, концентрированностью чувства на определенном объекте или виде деятельности.

Аффект — кратковременная, большей силы эмоциональная реакция, быстро овладевающая человеком, протекающая с бурными пантомимическими и вегетативными проявлениями и сопровождающаяся некоторым нарушением контроля над своим поведением при формально ясном сознании.

Эмоционально-стрессовое состояние — эмоциональная реакция, отражающая отношение человека к действительности в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение. Они проявляются в определенной поведенческой реакции, которая называется эмоционально-стрессовой.

Внешне эмоции проявляются мимикой, пантомимикой, особенностями речи и соматовегетативными феноменами. Мимика — координированные движения мышц лица, отражающие эмоции человека. Пантомимика — жестикуляция — координированные движения тела и рук, которые сопровождают и выражают различные эмоциональные переживания и психические состояния. Параметрами речи, выражающими эмоциональные переживания (паралингвизмы), являются ее темп, сила и напряженность голоса, его интонации, тембр, звучность.

Наиболее объективными показателями эмоциональных проявлений, которые не подчиняются волевым задержкам, выступают соматовегетативные симптомы: кожно-гальваническая реакция, перистальтика желудочно-кишечного тракта, зрачковые рефлексы, выделение слюны и пота, изменение клеточного и биохимического состава крови, и т. п.

Патология эмоций

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны. Они имеют большое диагностическое значение при определении патологии собственно эмоциональ-

ной сферы, а также остроты, выраженности психопатологических синдромов. Выделяется пять основных типов патологического эмоционального реагирования.

Кататимный тип возникает при определенных жизненных ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение (т. е. в стрессовых ситуациях). Эти реакции относительно кратковременны, лабильны, имеют психогенную обусловленность и содержание. По такому типу возникают и развиваются неврозы и реактивные психозы.

Голотимный тип определяется наличием полярности психопатологических состояний, первичностью (эндогенной обусловленностью) их, относительной устойчивостью и периодичностью возникновения. Субъективное состояние и окружающая обстановка при этом подвергаются сверхценной или бредовой интерпретации, содержание которой совпадает с доминирующим эмоциональным состоянием. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эндогенным психозам (маниакально-депрессивный психоз, некоторые инволюционные психозы, шизофрения).

Паратимный тип характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности. Он встречается при шизофрении.

Эксплозивный тип патологического эмоционального реагирования отличается сочетанием инертности, тугоподвижности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью. Эмоциональные реакции внезапно начинаются и быстро заканчиваются, носят признаки пароксизмальности. При этом доминируют злобно-тоскливое настроение, страх или восторженно-приподнятое состояние. Такой тип эмоциональной патологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболеваниям головного мозга.

Дементный тип сочетается с нарастающими признаками слабоумия. Отмечается расторможенность низших, импульсивных влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии,

гипобулия, гиподинамия, аспонтанность с грубой некритичностью. Такой тип эмоциональной патологии свойствен прогрессирующим ослабоумливающим заболеваниям (старческое слабоумие, атеросклероз сосудов головного мозга, пресенильные деменции, прогрессивный паралич и др.).

Эмоциональные расстройства по симптоматологии делятся на продуктивные и негативные (*рис. 16*).

Продуктивные эмоциональные расстройства. Патология чувственного тона включает эмоциональные гиперестезию и гипестезию.

Эмоциональная гиперестезия — нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской. Возникает при понижении порога эмоционального реагирования и обычно сочетается с гиперакузией, гиперосмией, сенестопатиями.

Эмоциональная гипестезия — это нарушение чувственного тона, при котором обычные по силе ощущения и восприятия сопровождаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской. Возникает при повышении порога эмоционального реагирования.

Входит в структуру дереализационных и деперсонализационных расстройств.

Патология эмоциональных состояний, отношений, реакций состоит из гипотимии, гипертимии, паратимий и нарушений динамики эмоций.

Гипотимия

Тоска — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов. Тоска, сопровождающаяся характерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца, называется предсердечной (витальной).

Входит в структуру депрессивных, невротических и депрессивно-параноидных, онейроидных синдромов, дисфории.

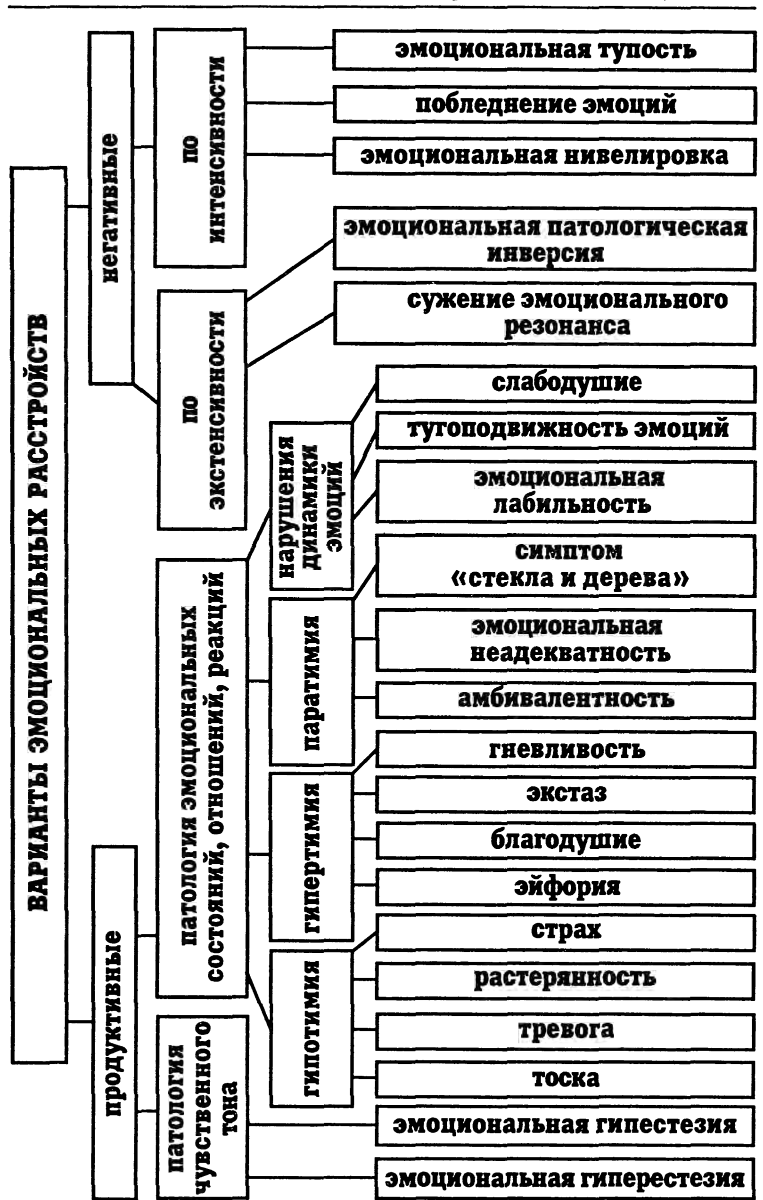


Рис. 16. Патология эмоций

Тревога — эмоциональное состояние или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее. В отличие от тоски тревога является активирующим аффектом.

Входит в структуру невротических, тревожно-депрессивных, острых бредовых, аффективно-бредовых синдромов и помрачений сознания.

Растерянность — изменчивое, лабильное эмоциональное состояние с переживанием недоумения, беспомощности.

Входит в структуру синдромов помрачения сознания, атипичных аффективных, аффективно-параноидных, острых бредовых синдромах, отражая особую их остроту.

Страх — эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются опасения о своем благополучии или жизни.

Входит в структуру фобического, острых бредовых синдромов, острого галлюциноза, помрачений сознания, гипоталамических пароксизмов, ночных и дневных страхов у детей.

Гипертимия

Эйфория — эмоциональное состояние с преобладанием ощущения радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, жизненного счастья, с повышенным стремлением к деятельности.

Входит в структуру маниакальных, маниакально-бредовых, онейроидного, парафренного синдромов, алкогольного и некоторых форм наркоманического и токсикоманического опьянения.

Благодушие — эмоциональное состояние с оттенком довольства, беспечности без стремления к деятельности.

Входит в структуру паралитического, псевдопаралитического, психоорганического, Корсаковского синдромов и некоторых видов синдромов деменции.

Экстаз — эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто с религиозным мистическим оттенком переживаний.

Входит в структуру синдрома особых состояний сознания, атипичного маниакального синдрома, онейроидного состояния сознания.

Гневливость — высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающим со склонностью к агрессии, разрушительным действиям.

Входит в структуру дисфории, сумеречных состояний сознания, психоорганического и атипичного маниакального синдромов.

Паратимия

Амбивалентность — одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же факта, объекта, события.

Эмоциональная неадекватность — качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Одним из вариантов эмоциональной неадекватности является фамильная ненависть.

Оба симптома входят в структуру кататонических и негативных личностных расстройств. Если эмоциональная неадекватность проявляется немотивированной веселостью, беспечностью с оттенком дурашливости, детской шаловливости, шутовства, неадекватных ситуации, то говорят о гебефренности.

Симптом «стекла и дерева» — сочетание эмоционального притупления с повышенной ранимостью, чувствительностью, душевной хрупкостью. При этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствуют значимости раздражителя.

Входит в структуру начальных негативных личностных расстройств при шизофрении.

Нарушения динамики эмоций

Эмоциональная лабильность — быстрая и частая смена полярности эмоций, возникающая без достаточного основания, порой беспричинно.

Характерна для синдромов астенического, абстинентных, помрачения сознания, истерических проявлений, делирия.

Тугоподвижноость (инертность, ригидность) — протрагирование эмоциональной реакции, проявляющееся длительным застреванием на одной эмоции, повод для которой уже исчез.

Входит в структуру эпилептических изменений личности, психоорганического синдрома.

Слабодушие — невозможность сдержать внешние, контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций.

Входит в структуру невротических и психоорганического синдромов, истерических проявлений.

Негативные эмоциональные расстройства. Имеются следующие варианты:

Негативные расстройства, оцениваемые по экстенсивности эмоциональных проявлений

Сужение эмоционального резонанса — уменьшение экстенсивности (распространенности) эмоциональных реакций, сужение их спектра, проявляющиеся в уменьшении набора объектов, ситуаций, потребностей, видов деятельности, на которые субъект ранее эмоционально реагировал.

Эмоциональная патологическая инверсия — крайняя степень сужения эмоционального резонанса с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности.

Негативные расстройства, оцениваемые по интенсивности эмоциональных проявлений

Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцированного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту. Оно проявляется в уравнивании выраженности эмоциональных реакций на объекты, события, ситуации, потребности, виды деятельности различной значимости.

Побледнение эмоций — снижение интенсивности (силы) эмоциональных проявлений, сопровождающееся уменьшением выразительности (экспрессивности) мимики и жестов.

Эмоциональная тупость — бесчувственность, безразличие, полная эмоциональная опустошенность («паралич эмоций») с исчезновением адекватных эмоциональных реакций.

Все вышеописанные негативные расстройства, оцениваемые и по экстенсивности, и по интенсивности проявлений, встречаются при апатико-абулическом синдроме различной степени выраженности.

2.5. СИМПТОМЫ ПАТОЛОГИИ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ВНИМАНИЯ

Психология воли

Воля — это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий (*рис. 17*).

Важнейшее значение в формировании волевого акта имеет мотивационная сфера человека. Она представляет совокупность желаний, побуждений, приобретающих характер мотивов действий, поступков и форм деятельности. Особенности данной сферы обусловливают направленность личности. Именно в них последняя проявляет свою сущность. По уровню содержания и направленности мотивы деятельности личности делятся на низшие и высшие.

К низшим относятся: ***инфантильно-гедонические***, при которых деятельность личности определяется стремлением получить удовольствие, в основном в сфере инстинктивно—физиологических потребностей; ***эгоистически-утилитарные***, при которых побуждения к деятельности связаны со стремлением извлечь личную выгоду, часто в ущерб интересам окружающих.

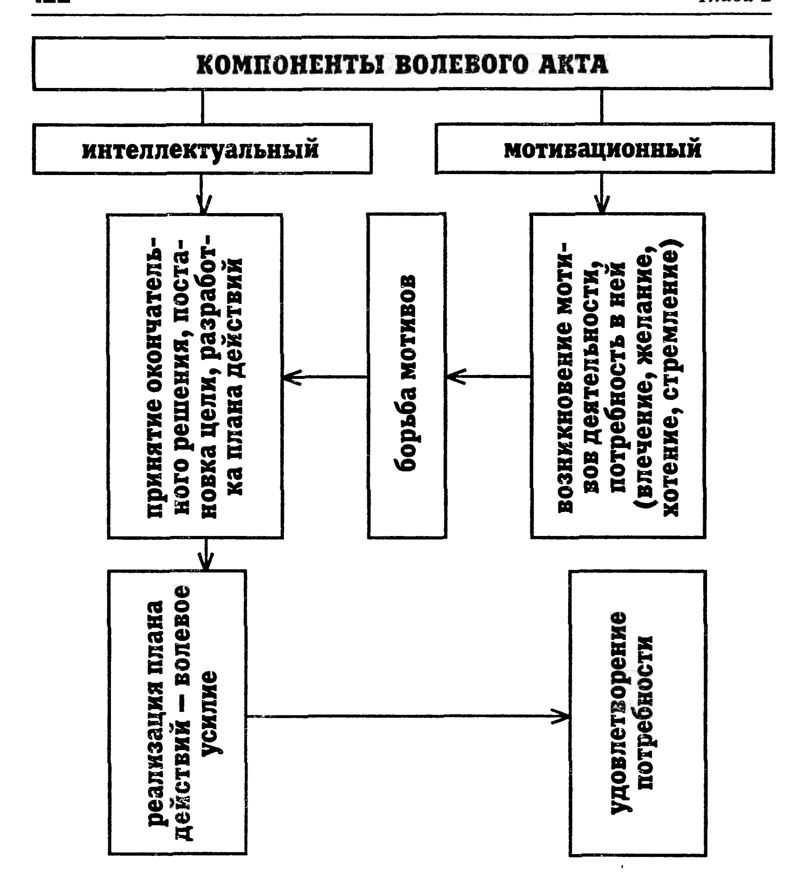


Рис. 17. Этапы волевого акта

К высшим относятся подлинно ***альтруистические*** мотивы поведения. Личность стремится принести как можно больше пользы обществу, не думая при этом о личной выгоде. От подлинно альтруистических мотивов поведения следует отличать ***псевдоальтруистические***. При последних стремление принести пользу окружающим всегда связано с желанием получить ответную выгоду (принцип «ты — мне, я — тебе»).

Непосредственные побуждения к деятельности приводят к действиям по невольному импульсу (мгновенная реакция на полученное воздействие) или в виде реакций отсроченного типа (действие обдуманное, возникающее на основе точного представления результата действия).

Все действия делятся на непроизвольные и произвольные. ***Непроизвольные действия*** совершаются в результате возникновения неосознаваемых или недостаточно отчетливо осознаваемых побуждений. Они лишены четкого плана и возникают чаще всего в состоянии аффекта, растерянности, страха, изумления. Произвольные действия предполагают осознание цели и предварительное представление тех операций, которые могут обеспечить ее осуществление. ***Волевые действия*** представляют такую разновидность произвольных действий, которые требуют преодоления препятствий, стоящих на пути к достижению цели.

В самом начале волевого акта, как правило, имеет место одновременное возникновение нескольких мотивов деятельности, вступающих в конкуренцию между собой. Это приводит к следующему этапу волевого акта — «борьбе мотивов». Об окончании его свидетельствует выбор одного из мотивов — принимается решение, определяется цель последующей деятельности. Постановка цели приводит к необходимости планирования конкретных действий, которые и составляют волевое усилие. Их осуществление приводит к реализации задания, цели и удовлетворению возникшей в начале волевого акта потребности. При конкуренции сильных мотивов, наличии нескольких возможных исходов (альтернатив) будущего решения может возникнуть психологическое состояние беспокойства, напряженности, душевного дискомфорта, что сопровождается переживанием внутреннего конфликта. Вслед за принятием решения, даже при отрицательном для личности содержании, наступает облегчение.

К основным волевым качествам человека относят: самостоятельность, решительность, настойчивость, самооблада-

ние, а также внушаемость, нерешительность, упрямство, волевую неустойчивость. Внушаемость — свойство волевой сферы, при наличии которого человек легко подвергается чужим влияниям, и мотивы его действий определяются последними. Нерешительность — следствие задержки волевого акта на этапе борьбы мотивов или реализации принятого решения. Упрямство — неспособность, несмотря на разумное основание, отказаться от принятого ранее малопродуманного решения и плана действий. Волевая неустойчивость — неумение сдерживать неодобряемые самим человеком проявления чувств в виде раздражения, гнева, страха, ярости, отчаяния.

Патология волевой сферы

На любом этапе волевого акта может возникнуть патология волевой сферы (*рис. 18*).

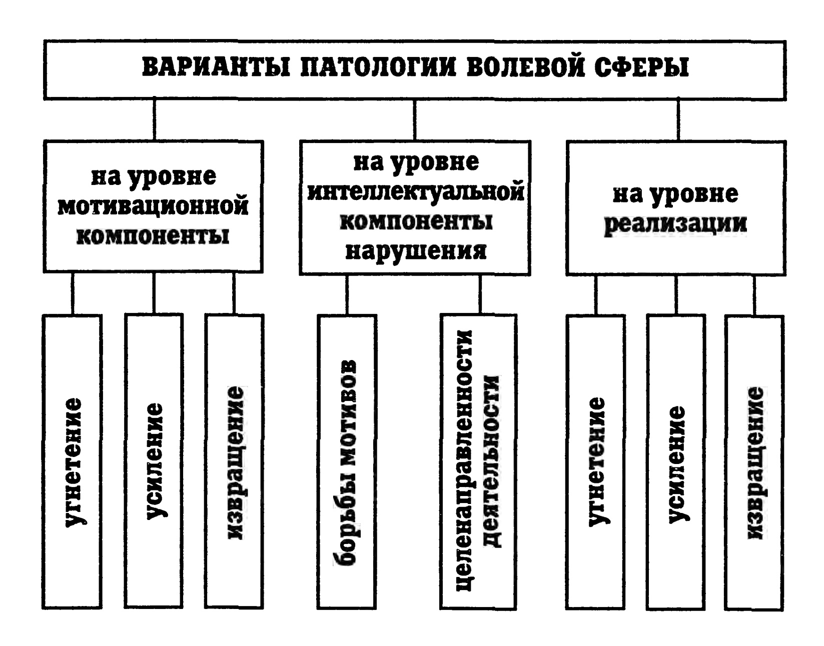


Рис. 18. Патология воли

Патология на уровне мотивационной компоненты волевого акта. (*рис. 19*).

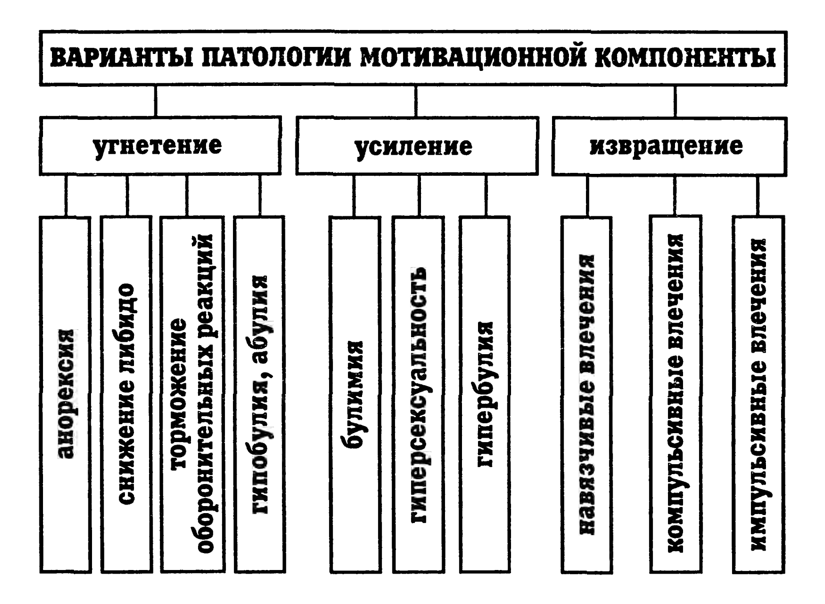


Рис. 19. **Патология мотивационного компонента волевого акта**

Угнетение влечений и мотивов деятельности. Имеется ряд вариантов:

Анорексия (исчезновение аппетита) — резкое угнетение пищевого инстинкта. Анорексию следует дифференцировать с отказом от приема пищи при наличии императивных галлюцинаций, бреда отравления, кататонического синдрома.

Является ведущим симптомом синдрома нервной анорексии, может входить в структуру невротических, депрессивных синдромов, а также наблюдается при некоторых синдромах деменции, абстинентном синдроме, дипсоманических состояниях.

Снижение либидо — угнетение полового влечения.

Входит в структуру невротических состояний, депрессивного синдрома, может являться следствием некоторых экзо-

генных воздействий (алкоголизм, наркомания, некоторые органические поражения головного мозга).

Торможение оборонительных реакций — угнетение инстинкта самосохранения, проявляющееся в отсутствии защитных двигательных реакций (моргание, изменение и удержание защитных поз, избегание опасности, и т. п.) в ответ на внешнюю угрозу.

Встречается при некоторых вариантах депрессивного ступора, кататоническом ступоре.

Гипобулия — снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающиеся регрессом ее мотивов. Крайняя степень выраженности этого состояния называется *абулией.* При ней отсутствуют побуждения к деятельности и ее мотивы.

Как преходящие расстройства встречается в рамках невротических и неврозоподобных синдромов и депрессивных состояний, при разнообразных ступорах; как стойкое расстройство наблюдается в структуре различных синдромов дефекта личности и слабоумия.

Усиление влечений и мотивов деятельности. Отмечаются следующие варианты:

Булимия — резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде (обжорство).

Входит в структуру некоторых вариантов гипоталамических синдромов, марантической стадии некоторых видов деменции, идиотии, имбецильности, гашишного опьянения.

Гиперсексуальность — резкое усиление полового влечения, приобретающее характер доминирующего мотива, который начинает преобладать в содержании сознания. Мужская гиперсексуальность называется сатириазисом, женская — нимфоманией.

Входит в структуру некоторых маниакальных, психопатических и психопатоподобных, гебефренных, кататонических синдромов, слабоумия, идиотии, где нередко сопровождается

открытой мастурбацией. В виде приступов может наблюдаться при некоторых гипоталамических синдромах.

Гипербулия — патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности. Болезненно повышенное стремление к последней. Гипербулия имеет четыре варианта:

Эйфорическая возникает на фоне эйфории и характеризуется наличием цели и принятием решения. Однако в силу повышенной отвлекаемости внимания волевое усилие истощается, действие не доводится до конца, деятельность становится полимотивной и непродуктивной.

Симптом наиболее характерен для типичного маниакального синдрома.

Психопатическая (конституционально-личностная) гипербулия отличается полимотивностью деятельности при быстро возникающих побуждениях, диктуемых сиюминутным эмоциональным состоянием. Эти действия аффективно-непоследовательны, не сопровождаются предварительным глубоким обдумыванием и прогнозированием результатов, быстро угасают.

Симптом характерен для психопатических и психопатоподобных синдромов гипертимического или истерического круга.

Дементно-эгоцентрическая гипербулия возникает при регрессе личности, когда мотивация деятельности переходит на утилитарно-эгоистический и гедонический уровень с эгоцентрической направленностью поступков.

Наблюдается при синдромах изменения личности по эпилептическому типу, при некоторых вариантах психоорганического синдрома.

Дементно-асемическая гипербулия проявляется суетливой псевдоделовитостью, при исчезновении способности к логическому осмыслению побуждений и мотивов деятельности, и сочетается с явлениями апраксии и другими симптомами выпадения высших корковых функций.

Наблюдается при деменциях пресенильного и сенильного возраста.

Извращение влечений, побуждений и мотивов деятельности. Отмечается ряд вариантов:

Дромомания — патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству.

Пиромания — влечение к поджогам, иногда — к созерцанию пламени.

Клептомания — патологическое влечение к кражам. Крадут без утилитарной заинтересованности в присваиваемом предмете, обычно ради самого процесса, а не ради материального обогащения, присваиваемые вещи, чаще всего малоценные, обычно возвращают.

Гомицидомания — влечение к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности.

Суицидомания — болезненное влечение к самоубийству. Членовредительство — патологическое стремление к самоповреждению, аутотравматизму.

Ониомания — неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной в них заинтересованности и ситуационной необходимости.

Дипсомания — периодически возникающее стремление к употреблению спиртных напитков, к запою, порой на фоне дистрофически-тоскливого настроения.

Копрофагия — патологическое влечение к поеданию несъедобного (в узком смысле — поедание экскрементов).

Перверзии — различные формы извращения полового влечения. Основными разновидностями являются:

- аутоэротизм — фантазирование на эротические темы, мастурбация (онанизм), нарциссизм (созерцание собственного тела с любованием им);
- альголагния — влечение к достижению сексуального удовлетворения путем причинения физической боли или морального ущерба себе (мазохизм) или половому партнеру (садизм).

К заместительным формам перверзии относятся:

- фетишизм — получение сексуального удовлетворения от созерцания предметов интимного туалета лиц противоположного пола;
- эксгибиционизм — обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола с целью получения полового удовлетворения;
- трансвестизм — стремление принимать внешний облик лиц противоположного пола и переодеваться в их одежду;
- визионизм — подглядывание за обнаженными лицами противоположного пола (в момент купания, отправления физиологических потребностей, и т. п.);
- гомосексуализм—половое влечение к лицам своего же пола. Он встречается в виде лесбианства (трибадии) и мужеложства (педерастии).

По направленности полового влечения на неадекватные объекты выделяют следующие виды перверзии:

- педофилия— половое влечение к малолетним;
- геронтофилия — половое влечение к старикам;
- зоофилия, или скотоложство — половое влечение к животным;
- некрофилия — половое влечение к трупам;
- пигмалионизм — половое влечение к статуям, фотографиям, картинам.

Все вышеназванные варианты извращений влечений и мотивов деятельности имеют три клинические формы (*табл. 4*).

Навязчивые влечения — побуждения к деятельности появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранением критического к ним отношения. Они обычно не реализуются в поступках, так как осуществляется волевой контроль над действиями.

Наблюдаются при невротических, психопатических синдромах.

Компульсивные влечения — побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям, таким как голод, жажда, половое влечение. Они диктуются признаками психофизического дискомфорта и быстро принимают характер до-

Таблица 4

Дифференциальная диагностика патологических влечений

Признак, соответствующий этапу волевого акта	Навязчивые влечения	Компульсивные влечения	Импульсивные влечения
1	2	3	4
Побуждение к деятельности	Ситуационно обусловлено, оценивается критически	Проявляется по механизмам витальных влечений, диктуется признаками психической и физической зависимости, дискомфортом, критика сохраняется	Возникает первично, аутохтонно остро, часто без достаточ-ной критической оценки
Борьба мотивов	Имеет место, утрирована	Может быть вначале, затем исчезает	Отсутствует, личность полностью подчинена патологическому влечению
Принятие решения, постановка цели	Диктуется ситуацией	Целиком диктуется психофизическим дискомфортом, психической зависимостью	Полностью отсутствует, решение и цель возникает единовременно с влечением и диктуется его содержанием

Окончание табл. 4

1	2	3	4
План действий	Модифицируется ситуацией	Строится в зависимости от доминирующего мотива - достижение состояния психического комфорта, модифицирующее влияние ситуации возможно, но очень ограничено	Отсутствует, модифицирующего влияния ситуации нет
Реализация плана действий, последействие	Возможен ситуационный контроль поведения, при неисполнении — эмоциональное напряжение, последнее может сниматься защитными ритуалами	Закономерна, при невозможности исполнения — соматические признаки абстинентного состояния, при реализации — психический и физический комфорт	Неизбежна, возможно аффективное сужение сознания, после реализации — релаксация, истощение, возможна частичная конградная амнезия реальных событий
Предиспозиция	Предшествуют тревожно-мнительные черты характера, навязчивые мысли, страхи, сомнения	Предшествует этап обсессивного влечения, или депрессивно-дисфорическая продрома	Отсутствует, возникновение близко к пароксизмальному

минирующего мотива деятельности. Критическое отношение к этому влечению сочетается с невозможностью борьбы с ним. Все поступки направлены на его реализацию.

Характерны для некоторых психопатических синдромов, большого наркоманического и большого алкогольного наркоманического синдромов (синдром зависимости).

Импульсивные влечения – болезненные побуждения к деятельности, которые возникают остро, безмотивно, чем напоминают пароксизмальные. Отмечается неотступное стремление к реализации влечения с полным подчинением ему самосознания. На высоте патологического состояния часто наблюдается аффективное сужение сознания с последующей фрагментарностью воспоминаний. После реализации влечения возникают психическое истощение, общая релаксация в сочетании с успокоением и удовлетворением.

Встречаются при кататонических синдромах, сумеречных состояних сознания.

Патология на уровне интеллектуальной компоненты волевого акта *(рис. 20)*.

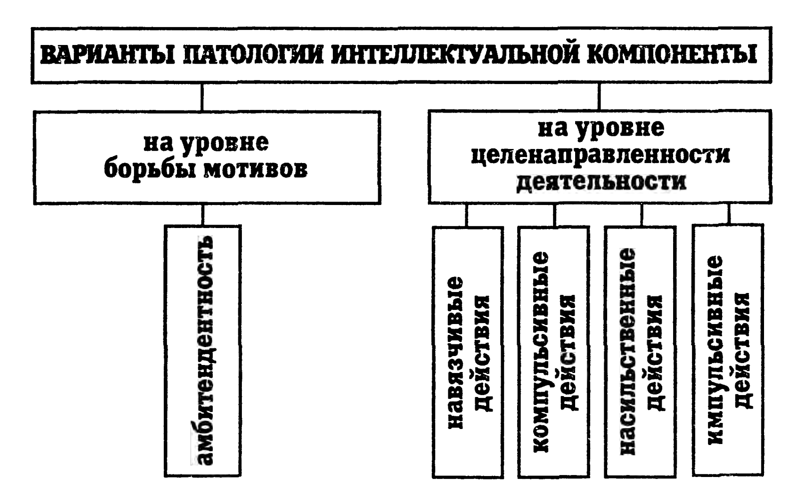


Рис. 20. Патология интеллектуального компонента волевого акта

Амбитендентность — одновременное сосуществование двух противоположных мотивов и целей деятельности. Встречается в рамках кататонических синдромов. Навязчивые действия — реализованные навязчивые влечения, часто носящие характер ритуальных действий.

Входят в структуру невротических и неврозоподобных расстройств.

Компульсивные действия — реализованные компульсивные влечения.

Входят в структуру большого наркоманического, большого алкогольного наркоманического синдромов, встречаются при некоторых психопатических состояниях.

Насильственные действия — безмотивно, непроизвольно возникающие движения на фоне ясного сознания. Их проявления задержать не удается, они исчезают во время сна и усиливаются при волнении (гиперкинезы, насильственный смех, плач, крик и пр.).

Являются неврологическим симптомом и встречаются при некоторых органических заболеваниях головного мозга.

Импульсивные действия — аффективно индифферентные сложные двигательные акты, которые возникают внезапно, без борьбы мотивов и часто сопровождаются агрессивными или разрушительными тенденциями без ситуационно-психологической обусловленности.

Наблюдаются при кататонических синдромах.

Патология на уровне реализации волевого усилия *(рис. 21).*

Угнетение

Гипокинезия (двигательное торможение) — замедление темпа произвольных движений. Крайняя степень — обездвиженность (акинезия) — полное отсутствие произвольных движений.

Входит в структуру выраженной астении, ступора, депрессии, спонтанности, апатико-абулического синдрома.

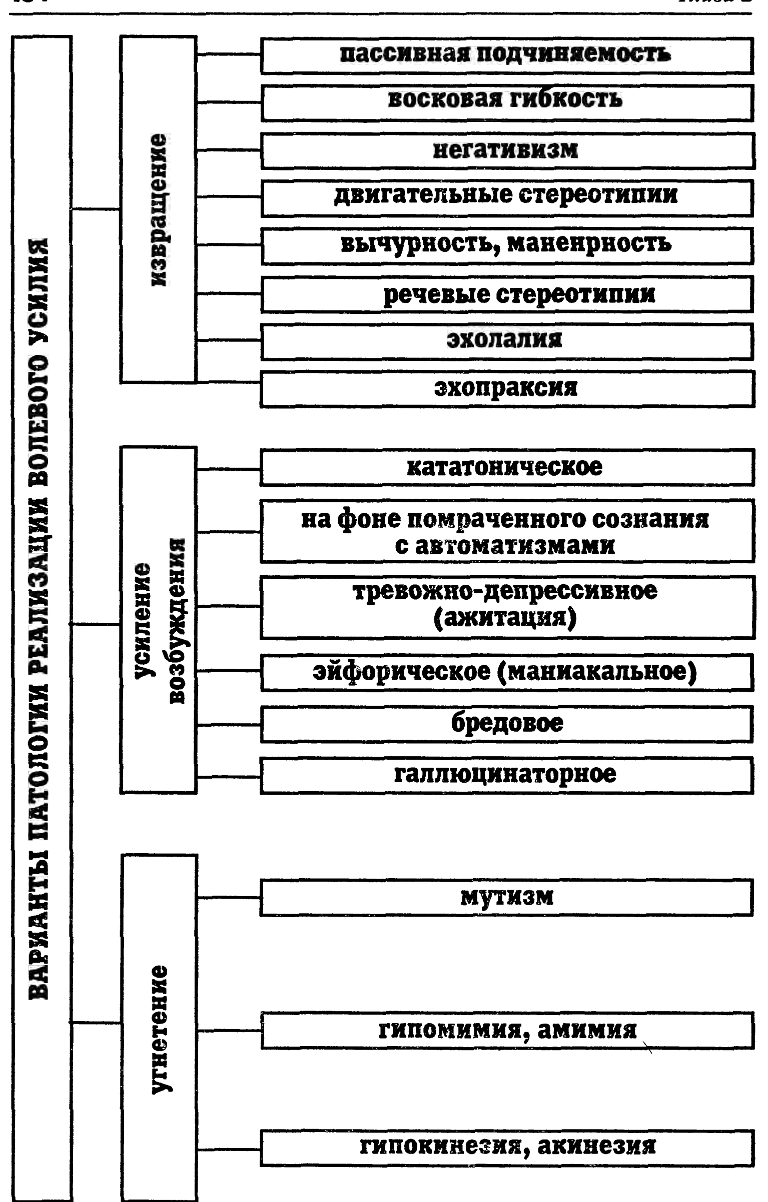


Рис. 21. Патология реализации волевого акта

Гипомимия — уменьшение интенсивности, объема и экспрессивности произвольных мимических движений или полное их отсутствие (амимия).

Входит в структуру выраженной астении, ступора, депрессии, аспонтанности, апатико-абулического синдрома.

Мутизм — отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности аппарата речепроизводства и функции речепонимания.

Входит в структуру ступора, депрессии, аспонтанности.

Усиление

Эйфорическая гиперкинезия является завершающим этапом эйфорической гипербулии и характеризуется целенаправленным двигательным возбуждением в сфере произвольных движений на фоне эйфории. Обычно план действий остается незавершенным из-за отвлекаемости и неустойчивости внимания. В силу этого деятельность непродуктивна.

Входит в структуру маниакальных синдромов.

Кататоническая гиперкинезия выступает внешним проявлением кататонической гипербулии. Характеризуется нецеленаправленным, хаотичным, непродуктивным двигательным возбуждением в сфере произвольных движений с манерностью, вычурностью, стереотипностью.

Входит в структуру кататонического возбуждения.

Гиперкинезия с автоматизмами возникает на фоне нарушенного сознания, проявляется сложными, кажущимися на первый взгляд упорядоченными, правильными и целесообразными действиями. Однако по своей сути они бессмысленные, ненужные, не обусловлены ситуацией и ранее больным не планировались.

Входит в структуру сумеречных состояний сознания с автоматизмами.

Галлюцинаторная гиперкинезия возникает при галлюцинаторных переживаниях и соответствует их фабуле.

Входит в структуру острых и подострых, галлюцинаторных и галлюцинаторно-параноидных синдромов.

Бредовая гиперкинезия наблюдается при бредовых переживаниях и отражает их содержание, имеет целенаправленный характер, порой продуктивна.

Входит в структуру острых и подострых, иногда хронических бредовых синдромов.

Тревожно-депрессивная гиперкинезия (ажитация) возникает на высоте тревожно-депрессивного аффекта и проявляется нецеленаправленной, непродуктивной суетливостью.

Входит в структуру тревожно-депрессивных синдромов, меланхолического раптуса.

Извращение (паракинезии)

Эхопраксия — нелепое, часто зеркальное повторение жестов мимики, поз окружающих.

Эхолалия — нелепое, часто дословное повторение отдельных слов, словосочетаний, фраз (эхофразия), услышанных больным от окружающих.

Речевые стереотипии — однообразное, монотонное повторение одних и тех же слов или словосочетаний в спонтанной или ответной речи. Делится на следующие виды:

- персеверации — многократное повторение во время беседы ответа, данного больным на предыдущий предложенный ему вопрос;
- вербигирации — бессмысленное монотонное повторение слова, словосочетания или нанизывание сходных по звучанию слов.

Вычурность, манерность — непонятность, необычность, нелепость отдельных действий и манеры поведения в целом со стереотипным их повторением.

Двигательные стереотипии — однообразное, неадекватное повторение нелепых движений и поз.

Негативизм — немотивированное отрицательное отношение больного, которое проявляется отказом, сопротивлением, противодействием всякому воздействию извне. Имеет два варианта:

- активный — негативизм с сопротивлением или противодействием;

- пассивный — негативизм в виде невыполнения инструкций, заданий, просьб без активного сопротивления.

Восковая гибкость — длительное сохранение больным приданной ему позы, иногда неудобной и требующей значительного мышечного напряжения.

Пассивная подчиняемость — патологическая готовность к выполнению любого указания, даже неприятного для больного, и его исполнение без предварительного осмысления.

Паракинезии встречаются в структуре кататонических синдромов.

Психология внимания

Одним из проявлений волевой активности является внимание. ***Внимание*** — это состояние психических процессов, сознания, которое заключается в их направленности на определенные объекты и явления, имеющие для личности известную значимость в момент деятельности. Внимание приводит к устойчивому повышенному уровню сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности, обеспечивающей продуктивность психической деятельности.

Внимание связано с избирательным, направленным характером психической активности. Не имея собственного содержания, оно проявляется во всех познавательных процессах и в целеполагающей практической деятельности.

Основными характеристиками внимания являются: направленность, сосредоточение (концентрация), интенсивность (напряженность), углубленность (поглощенность деятельностью), устойчивость.

Направленность — способность к длительному удержанию в сознании образов определенных объектов. Последними могут быть предметы и явления, находящиеся в поле непосредственной рецепции, или образы, понятия, представления, возникающие в сознании при интеллектуальной работе (размышления, воображение и т. п.). Направленность внимания связана с произвольным или непроизвольным протеканием интел-

лектуальных процессов, имеющих избирательный характер. Это свойство сопряжено с выбором объектов сознательной деятельности и их количеством, охватываемым вниманием (объем внимания).

Сосредоточение — способность отвлечься от всего мешающего, постороннего, не относящегося к данной деятельности и отвлекающего от нее. Оно протекает с игнорированием (устранением, торможением) конкурирующих мотивов психической активности. Благодаря этому отражение объектов становится более ясным и отчетливым.

Интенсивность — количественная характеристика его сосредоточения. Она предполагает возможность сохранения сосредоточения и продуктивности при наличии отвлекающих помех и затруднений при выполнении работы.

Углубленность — субъективно переживаемое состояние поглощенности деятельностью, связанное со степенью интенсивности внимания.

Устойчивость — способность к длительному его сосредоточению на определенной психической деятельности, достаточной для достижения результатов.

В зависимости от характера познавательной деятельности, в рамках которой функционирует внимание, оно делится на сенсорное и интеллектуальное. Сенсорное связано с восприятием непосредственных раздражителей различной модальности, сознательно отбираемых из постоянного потока информации. Объектами интеллектуального внимания как высшей его формы являются образы воспоминаний, представления и мысли.

В зависимости от роли волевого усилия, участвующего в деятельности внимания, характера направленности и сосредоточения его внимание разделяется на непроизвольное, произвольное и послепроизвольное.

Непроизвольное (непреднамеренное, пассивное) внимание возникает и поддерживается независимо от сознательных намерений человека. Оно есть результат непосредственного интереса и связано с изменениями во внешней

среде или в своем физическом «Я» (например боль). Его вариантом является ориентировочная реакция, возникающая при попадании в новую, неизвестную ситуацию, при резком или неожиданном изменении в окружающей среде и т. п.

Произвольное внимание — сознательно регулируемое и направляемое внимание. Оно выражается в целесообразном направлении деятельности в определенное русло и диктуется внутренней потребностью человека, его психологическими мотивами.

Послепроизвольное внимание — особый вид внимания, связанный с осознанными задачами и целями. Оно возникает вначале как произвольное, но по мере деятельности, не требующей волевых усилий в силу увлеченности, устойчивого интереса, приобретает черты непроизвольного.

Патология внимания *(рис. 22)*

Рассеянность внимания — нарушение способности длительно сохранять его направленность. При этом страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, больной не способен сколько-нибудь длительно удерживать его на одном определенном виде деятельности. При этом преобладает непроизвольное внимание.

Истощаемость внимания — прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы при изначально достаточно высокой способности к сосредоточению. В силу этого становятся невозможными углубленность, поглощенность работой, резко падает ее продуктивность.

Сужение объема внимания — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. При этом содержанием сознания становятся наиболее близкие больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или индивидуально-личностную значимость.

Тугоподвижность внимания — патологическая его фиксация, инертность, затруднения переключения с одного объекта на другой. Возникает утрированно выраженная



Рис. 22. **Патология внимания**

концентрация внимания на каком-либо объекте или явлении, уже потерявшем ситуативную значимость, и затруднение (а порой и невозможность) произвольного или непроизвольного переключения его на другой вид деятельности.

Отвлекаемость внимания — патологическая его подвижность, проявляющаяся частым, ни ситуационно, ни мотивационно не обоснованным изменением направленности, сосредоточения и интенсивности внимания. При этом наблюдается постоянная смена объектов и видов деятельности, в силу чего резко снижается ее продуктивность. Наиболее выраженная степень отвлекаемости внимания — апрозексия. Это состояние резкого ослабления или полного отсутствия способности сосредоточить внимание на определенном объекте при формально ясном сознании. В отличие от апрозексии симптом гиперметаморфоза отличается резко выраженной отвлекаемостью при помрачениях сознания. Это состояние проявляется тем, что больной не может остановить свое внимание ни на одном из реальных объектов, его взор безостановочно скользит по ним.

Патология внимания встречается практически при всех психопатологических синдромах. Наиболее выражена в рамках эмоционально-гиперэстетических, невротических, аффективных синдромов, нарушения сознания и слабоумия.

3 ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

3.1. ПОЗИТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

3.1.1. Астенический синдром

Астенический синдром — состояние нервно-психической слабости — включает в себя и эмоционально-гиперестетические расстройства. Это простой синдром. Ведущее его проявление — собственно астения. Признаками последней являются повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов. В результате у больного возникает истощаемость произвольного внимания и его концентрации, нарастают рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение, появляется функциональное затруднение запоминания и активного вспоминания, что сочетается с затруднением осмысления и схватывания. Так, чтение быстро превращается в механический процесс без усвоения и понимания смысла прочитанного. В поведении больных астения проявляется нетерпеливостью, быстрым истощением целенаправленной активности, что сопровождается сменой объектов и видов деятельности, недоведением начатого до конца. Падают физическая и нервно-психическая трудоспособность. При работе довольно быстро появляются усталость, вялость, потребность в отдыхе, после которого наблюдаются всплески активности и улучшения самочувствия. Обязательные сим-

птомы: эмоционально-гиперэстетические и вегетовисцеральные расстройства. К первым относятся раздражительная слабость — остро возникающие кратковременные реакции недовольства, гневливость по малозначимым поводам (симптом «спички»), эмоциональная лабильность, слабодушие. Ведущий фон настроения — гипотимия, мрачность, капризность. Имеют место нетерпимость и плохая переносимость ожидания. Характерны гиперестезия, головные боли, реже — сенестопатии. Вторые проявляются лабильностью деятельности сердечно-сосудистой системы, стойким дермографизмом, гипергидрозом, акроцианозом, иногда колебаниями температуры от субнормальной до субфебрильной, снижением либидо и потенции. Возникает повышенная чувствительность к климатическим и метеорологическим факторам (перепады барометрического давления, температуры, повышение влажности, духота, мороз и т. п.). Встречающиеся обычно нарушения сна представлены расстройствами засыпания, частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха и ощущением разбитости, тяжести в голове утром.

Выделяют две формы астенического синдрома — гиперстеническую и гипостеническую. При *гиперстенической форме* в клинической картине астенического синдрома превалируют эмоционально-гиперэстетические расстройства. При *гипостенической форме* на первый план выступает резко выраженная собственно астения.

Астенический синдром встречается при неврозах, являясь сущностью астенического невроза (неврастении). При последнем его развитие проходит три этапа: гиперстенический, раздражительной слабости, гипостенический. Кроме того, астенический синдром наблюдается при многих соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, шизофрении. Для шизофренической астении характерно, что нарастание тяжести астенического синдрома происходит независимо от умственного напряжения, а также выраженная

неадекватность раздражительности, приближающейся к огрублению эмоций, падение активности, сужение круга побуждений, аутизация.

3.1.2. Синдромы аффективных расстройств

В основе современной классификации синдромов аффективных расстройств — три параметра: аффективный полюс, структура и степень выраженности синдрома (*рис. 23*).

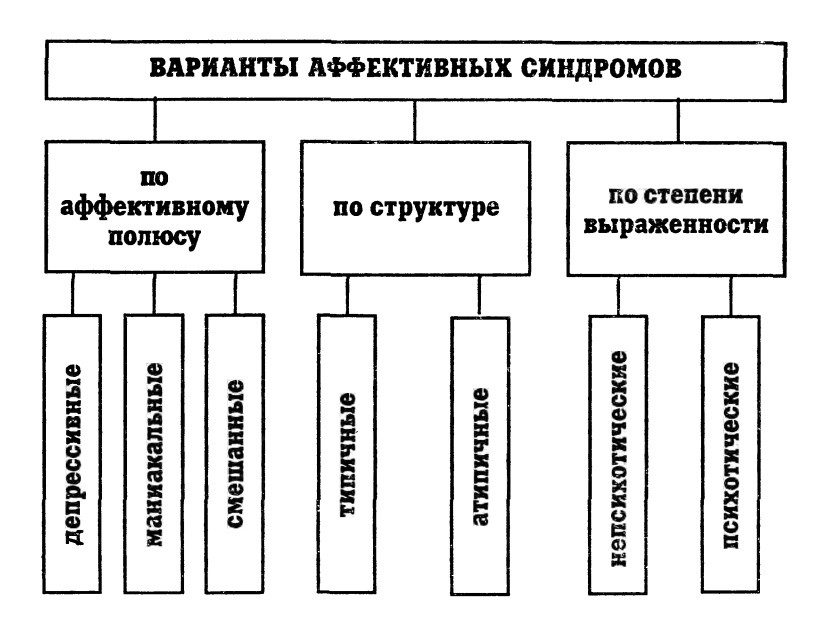


Рис.23. Аффективные синдромы

Типичные аффективные синдромы включают равномерно представленную триаду обязательных симптомов: расстройство эмоций (тоска, эйфория), воли (гипо- или гипербулия), течения ассоциативного процесса (замедление, ускорение). Ведущие среди них — эмоциональные. Допол-

нительными симптомами выступают: пониженная или повышенная самооценка, порой достигающая уровня голотимических сверхценных или бредовых идей, суицидальные мысли, тенденции и действия (при депрессии), угнетение или усиление влечений.

В структуре типичных аффективных синдромов равномерно представлены обязательные и дополнительные симптомы. Они чаще всего встречаются при эндогенных аффективных психозах и как признак эндогенности включают соматовегетативный симптомокомплекс В.П. Протопопова (склонность к артериальной гипертензии, тахикардии, запорам, миозу, гипергликемии, нарушениям менструального цикла, изменениям массы тела), суточные колебания выраженности симптоматики (самочувствие обычно улучшается во второй половине дня), сезонность и аутохтонность возникновения. Нередко обнаруживается наследственная отягощенность аффективными расстройствами и суицидами.

Об ***атипичности аффективных синдромов*** свидетельствуют: появление в их структуре факультативных симптомов, которые приобретают значительный удельный вес (тревога, страх, сенестопатии, астения, фобии, обсессии, дереализация, деперсонализация, бред неголотимического характера, галлюцинации, кататонические симптомы, и пр.); неравномерность выраженности обязательных симптомов (например, резкое преобладание гипобулии-гипокинезии, не соответствующее незначительной выраженности аффекта); значительное изменение содержания ведущего симптома (например, преобладание аффекта тревоги над тоской). Смешанные аффективные синдромы проявляются несоответствием содержания обязательных симптомов ведущему аффекту (например, двигательное и идеаторное возбуждение при аффекте тоски).

При ***непсихотическом уровне аффективных синдромов*** эмоциональная патология выражена незначительно, сохраняется возможность ситуационного контроля, до-

полнительные симптомы, как правило, отсутствуют, нет дезорганизации структуры личности, имеется полное критическое отношение ко всем проявлениям болезни. ***Психотический уровень аффективных синдромов*** характеризуется значительными эмоциональными расстройствами, невозможностью контролировать поведение, наличием дополнительной симптоматики, неполным осознанием болезни с некритической оценкой ее моментов или полным отсутствием критики.

Депрессивные синдромы

Типичные депрессивные синдромы. Имеются варианты:

Субдепрессивный (непсихотический) синдром. Ведущим симптомом выступает нерезко выраженная тоска с оттенком грусти, скуки, некоторой подавленности, угнетенности, легкой тревоги, пессимизма. Обязательные симптомы — гипобулия и замедление ассоциативного процесса — в силу незначительности в большей степени переживаются больным субъективно и мало заметны при объективном наблюдении. Гипобулия проявляется чувством вялости, утомленности, физической и психической усталости, несколько снижается продуктивность. Замедление ассоциативного процесса выражается в виде субъективного чувства снижения психической активности, ухудшения памяти, затруднения в подборе слов. Больные к своему состоянию критичны полностью.

Депрессивный (психотический) синдром, депрессия классического типа. Ведущим симптомом является выраженная тоска с оттенком витальности, соответствующей мимикой, позой, жестикуляцией. Обязательные симптомы — гипобулия, гипокинезия, замедление темпа мышления. Дополнительные симптомы — пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая сте-

пени голотимических идей виновности, греховности, самообвинения, самоуничижения, суицидальные мысли и действия.

Сочетание типичных депрессивных синдромов с признаками эндогенности свойственно для депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза; психогенное (кататимное) содержание симптоматики при отсутствии признаков эндогенности обычно встречается при реактивных депрессиях.

Атипичные депрессивные синдромы. Имеются варианты:

Субдепрессивные (непсихотические) синдромы

Астеносубдепрессивный синдром. Ведущий симптом — нерезко выраженная тоска с ощущением потери жизненного тонуса и активности. В структуре его обязательные симптомы значительно преобладают над ведущими: физическая и психическая утомляемость, истощаемость, слабость, определяемые объективно. Имеют место эмоциональная и психическая гиперестезия, эмоциональная лабильность, истощаемость, отвлекаемость и рассеянность внимания. Понижается самооценка собственных интеллектуальных и мнестических способностей.

Наиболее типичен для заболеваний резидуально-органической природы. Может встречаться при маниакально-депрессивном психозе, циклотимии и некоторых вариантах приступообразно протекающей шизофрении.

Адинамическая субдепрессия. Ведущий симптом — тоска без витального компонента, переживаемая больным как безразличие. Нередко больные субъективно отмечают у себя снижение эмоциональной откликаемости (сужение эмоционального резонанса), но от этого не страдают. На первый план выступают обязательные симптомы, в основном и приковывающие внимание пациентов. Они жалуются на вялость, отсутствие желаний, чувство физического бессилия. Волевая активность снижена, но гипокинезия активно и объективно не определяется. Факультативным симптомом выступает сонливость.

Встречается при некоторых формах шизофрении как самостоятельный приступ или на этапах развития более сложных приступов.

Анестетическая субдепрессия. Ведущий симптом — тоска с изменением аффективного резонанса. Имеет место субъективно-мучительное переживание утраты способности испытывать чувства. Больные жалуются на исчезновение чувства близости, любви, неприязни, симпатии, антипатии и т. п. Обязательный симптом — гипобулия со снижением побуждений к деятельности. Дополнительные симптомы — тревога, иногда сопровождающаяся ажитацией. Факультативными симптомами выступают явления дереализации, рефлексия.

Встречается при атипичных маниакально-депрессивном психозе и циклотимии, приступообразной шизофрении.

Ларвированные (маскированные, соматизированные, депрессивные эквиваленты) депрессии (ЛД) — группа атипичных субдепрессивных синдромов. Их сутью является то, что ведущий симптом — тоска — не находит отражения в субъективных переживаниях больного и его жалобах. Подавляющий удельный вес в этих переживаниях занимают факультативные симптомы (сенестопатии, парестезии, алгии, навязчивости, вегетовисцеральные и сексуальные расстройства), которые маскируют аффект тоски. Последняя, как правило, выявляется лишь при направленном опросе врача и носит оттенок неуверенности в своих силах и возможностях. Возникает чувство потери свежести, бодрости, энергии. Незначительно выраженное идеаторное торможение проявляется некоторым замедлением темпа и недостаточной модальностью речи, субъективным чувством некоторой интеллектуальной слабости. Имеются элементы гипокинезии, больной ощущает беспомошность, потерю перспективы. Структура и выраженность факультативных симптомов определяют различные варианты ЛД (Десятников В.Ф., 1979).

Алгически-сенестопатический вариант ЛД. Факультативные симптомы представлены разнообразными сенестопатиями, в

большинстве случаев с алгическим компонентом. Они являются основным содержанием жалоб пациентов. В зависимости от их преимущественной локализации выделяют цефалгический, кардиалгический и абдоминальный подвиды.

Агрипнический вариант ЛД. На первое место выступают упорные жалобы больных на разнообразные нарушения сна: затруднения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна, и т. п.

Вегетовисцеральный вариант ЛД. Наиболее тягостны для больных вегетовисцеральные расстройства: лабильность пульса и АД, дипноэ, тахипноэ, чувство озноба или жара, гипергидроз, субфебрильная температура, дизурические явления, ложные позывы на дефекацию, метеоризм и т. п. По приступообразному характеру и структуре они могут напоминать диэнцефальные или гипоталамические пароксизмы, эпизоды бронхиальной астмы или вазомоторных аллергических расстройств.

Обсессивно-фобический вариант ЛД. На первый план выступают разнообразные навязчивости, чаще нозофобии.

Наркоманический вариант ЛД. Возникает в результате случайного или преднамеренного сочетания алкогольного или наркотического опьянения с субдепрессией, что приводит к временному облегчению субъективного состояния больных. Прием алкоголя или наркотиков начинает носить систематический (иногда ежедневный) характер, нередко повышается толерантность. Все это может напоминать большой наркоманический синдром, психическую или физическую зависимость от действия алкоголя или наркотиков. Однако всегда удается обнаружить первичность аффективных расстройств и распознать симптоматический характер алкоголизации и наркотизации, исчезающий, как правило, по окончании ЛД.

Вариант ЛД с нарушениями в сексуальной сфере (периодическая импотенция). Внимание больных приковано к одному из проявлений субдепрессии — ухудшению половой функ-

ции (снижение, порой исчезновение либидо, аноргазмия, фригидность и т. п.), что и составляет основное содержание жалоб.

Диагностика ЛД представляет большие трудности, так как в жалобах представлены лишь факультативные симптомы и обычно нет указаний на ведущие и обязательные, которые таким образом как бы маскируются. Выявление ЛД требует активной деятельности врача. Следует помнить, что большинство пациентов обращаются к интернистам, у которых долго и безрезультатно лечатся.

Все варианты ЛД имеют общие признаки.

При направленном расспросе всегда удается выявить комплекс гипотимических расстройств и признаки эндогенности (суточные колебания выраженности ведущего, обязательных и факультативных симптомов, повторяемость, периодичность, сезонную предпочтительность, аутохтонность возникновения ЛД, склонность к артериальной гипертензии, тахикардии, запорам, нарушениям менструального цикла, изменению массы тела, миозу, гипергликемии и т. п.), а также наследственную отягощенность аффективными расстройствами, суицидами, психическими заболеваниями. Наряду с ЛД в анамнезе или катамнезе у этих больных обычно удается обнаружить подобные состояния или более типичные депрессивные, реже — маниакальные или гипоманиакальные периоды. Диагностическое значение имеет критерий терапевтического эффекта. Лечение этих больных как соматических не дает результата, операции и санаторно-курортное лечение неэффективны, тогда как назначение антидепрессантов быстро и резко улучшает, а иногда и купирует состояние.

Встречается при некоторых вариантах приступообразной шизофрении, при инволюционных депрессиях, циклотимии.

Депрессивные (психотические) синдромы

При тревожной (тревожно-ажитированной) депрессии ведущие симптомы — выраженная тревога и аффект тоски.

Обязательные симптомы — тревожно-депрессивное возбуждение (ажитация), доходящее порой до раптуса, и ускорение темпа мышления вплоть до вербигерации. Дополнительные симптомы — голотимический бред виновности, греховности, эпизоды бреда осуждения, суицидальные мысли и действия, могут встречаться слуховые и зрительные иллюзии, содержание которых отражает господствующий аффект и бредовую идею.

Характерны для аффективных психозов позднего возраста. В молодом возрасте встречаются при аффективных психозах, возникающих после родов, в период лактации, при некоторых резидуальных органических заболеваниях головного мозга с поражением гипоталамо-диэнцефальных структур.

Маниакальные синдромы

Типичные маниакальные синдромы. Имеются следующие варианты:

Гипоманиакальный (непсихотический) синдром. Ведущий симптом — умеренно выраженная эйфория с преобладанием чувства радости бытия. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия с субъективным ощущением творческого подъема и повышением продуктивности, несмотря на отвлекаемость внимания, и ускорение темпа мышления. Обязательные симптомы выражены незначительно. Пациенты осознают свое состояние, поведение грубо не страдает.

Маниакальный (психотический) синдром, мания классического типа. Ведущий симптом — выраженная эйфория с ощущением безмерного счастья, радости, восторга. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия со значительной отвлекаемостью, в силу чего значительно страдает продуктивность мышления; ускорение его темпа с тематической отклоняемостью может доходить до «скачки идей». Дополнительные симптомы — переоценка

качеств своей личности, достигающая степени голотимических идей величия.

Сочетание типичных маниакальных или гипоманиакальных состояний с признаками эндогенности характерно для маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза, циклотимии, некоторых вариантов приступообразной шизофрении.

Атипичные маниакальные состояния. Имеются следующие варианты:

Гипоманиакальные (непсихотические) синдромы. При *гипомании с психопатоподобным поведением* ведущий симптом — нерезко выраженная эйфория с оттенком раздражительности, взрывчатости, конфликтности. Обязательные симптомы — гипербулия, связанная с чрезмерным усилением и расторможением низших влечений при одновременном регрессе высших мотивов поведения. Растормаживание влечений пищевого, к алкоголю, к наркотикам, сексуального сочетается с бестактностью, придирчивостью, деспотизмом, требовательностью к окружающим. Поведение может принимать гебоидный оттенок. Следствием нарушения поведения могут быть делинквентные и криминальные поступки. Ускорение темпа мышления незначительно и не сопровождается творческим подъемом.

Встречается при атипичных по структуре фазах маниакально-депрессивного психоза, приступообразной шизофрении.

Маниакальные (психотические) синдромы. *Маниакальный синдром с преобладанием идей величия.* Ведущий симптом — умеренно выраженная эйфория с колебаниями аффекта от приподнято-благодушного до гневливо-раздражительного. Особенность гипербулии — характерный оттенок поведения, проявляющийся в горделивых позах, осанке, жестикуляции, обличительном или приказном тоне беседы. Мышление и речь обычно несколько ускоренны, «скачки идей» не бывает. Выраженность дополнительных симптомов в виде бреда величия значительна и не соответствует сте-

пени выраженности ведущего и обязательных симптомов. Содержанием бреда величия могут быть идеи реформаторства, изобретательства, научных открытий, убеждения в особо выдающихся способностях и талантах.

Встречается в тех же случаях, что и классическая мания.

Гневливая мания. Ведущий симптом — нерезко выраженная эйфория, доминирует раздражительно-гневливый аффект. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия, в которой преобладают активная «борьба за справедливость», нетерпимость к малейшим недостаткам, язвительность, сварливость, склонность к сарказму. Ускорение темпа мышления незначительно и степени «скачки идей» не достигает. Дополнительные симптомы — переоценка социальной значимости своей личности, не доходящая, однако, до степени бреда.

Отмечается при сочетании маниакально-депрессивного психоза с резидуально-органическим поражением головного мозга.

Экстатически-экзальтированная мания. Ведущий симптом — эйфория с преобладанием торжественно-приподнятого настроения, чувства радостного благоговения, слезливого умиления. Обязательные симптомы — эйфорическая гипербулия и ускорение темпа мышления — выражены незначительно или отсутствуют. Дополнительные симптомы — переоценка собственных интеллектуальных качеств, ощущение проникновения в суть вещей, познания внутреннего смысла явлений и мироздания.

Встречается при атипичном по структуре фаз маниакально-депрессивном психозе, приступообразной шизофрении, эпилепсии (как вариант эпилептического психоза), органических поражениях головного мозга.

Помимо описанных атипичных аффективных синдромов встречаются *депрессивно-бредовый синдром, депрессия с галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, депрессивно-параноидный синдром, мания с бредом преследования, мания с галлю-*

цинациями и псевдогаллюцинациями, маниакально-параноидный, маниакально-кататонический и маниакально-гебефренический синдромы.

Смешанные аффективные синдромы

Депрессия с возбуждением. Ведущий симптом — постепенно нарастающая тоска. Несмотря на появление тоски, еще сохраняются такие обязательные симптомы маниакального состояния, как гипербулия и ускорение темпа мышления.

Маниакальное состояние с торможением возникает при смене депрессивной фазы на маниакальную. Ведущий симптом — постепенно нарастающая эйфория, но еще некоторое время сохраняется двигательная и идеаторная заторможенность.

Описанные выше синдромы, как правило, встречаются в период смены полюса аффективных расстройств при циркулярных психозах. Реже это самостоятельные аффективные приступы.

Синдром дисфории. Ведущие симптомы — сочетание аффективных расстройств гипостенического (тоска, тревога, страх) и гиперстенического (злоба, гнев) полюса. Настроение в связи с этим тоскливо-мрачное, отмечаются злобность, страх, тревога, раздражительность. Обязательные симптомы — целенаправленная гипербулия, которая черпает содержание в ведущем аффекте и выражается в агрессивных и суицидальных тенденциях и поступках, конфликтности, придирчивости. Дополнительным симптомом может быть персекуторная бредовая настроенность. Для дисфорий характерно приступообразное или пароксизмальное течение.

Встречаются при эпилептической болезни, органических поражениях головного мозга.

Смешанные аффективные синдромы встречаются, как правило, в период смены полюса аффективных расстройств при

биполярных психозах или при завершении фазы маниакально-депрессивного психоза. В качестве самостоятельных аффективных приступов наблюдаются редко. Выявление и типирование их необходимо для прогноза динамики аффективных психозов и своевременной коррекции терапии.

3.1.3 Невротические и неврозоподобные синдромы

Синдромы навязчивостей

Синдромы навязчивостей обычно протекают на фоне астении и встречаются в двух основных вариантах: обсессивном и фобическом.

Обсессивный синдром. Ведущими и основными симптомами являются навязчивые сомнения, счет, воспоминания, контрастные и абстрактные мысли, «умственная жвачка», влечения и двигательные ритуалы. К дополнительным относятся тягостные состояния душевного дискомфорта, эмоционального напряжения, бессилия и беспомощности их преодоления.

В изолированном виде (без фобий) синдром встречается при психопатиях, органических заболеваниях головного мозга, вялотекущей шизофрении.

Фобический синдром. Ведущим и основным симптомом его выступают разнообразные навязчивые страхи. Синдром дебютирует, как правило, недифференцированным страхом. Затем возникают и постепенно нарастают эмоциональное напряжение и психический дискомфорт. На этом фоне остро появляется страх (фобия), охватывающий больного в определенных условиях или при душевных переживаниях. Вначале возникает монофобия, которая обычно с течением времени обрастает другими, близкими и связанными с ней по содержанию. Например, к кардиофобии присоединяются агарофобия, страх езды в транспорте, клаустрофобия, танато-

фобия и т. п. Исключение составляют социофобии, которые обычно сохраняют изолированный характер.

Нозофобии наиболее разнообразны. Чаще всего встречаются кардиофобии, канцерофобии, алиенофобии и пр. Эти фобии обычно внедряются в сознание больных, несмотря на очевидную нелепость, и продолжают существовать вопреки всем попыткам избавиться от них. Быстро присоединяются ритуалы, дающие больным некоторое кратковременное облегчение и снимающие душевный дискомфорт.

Фобический синдром встречается при всех формах неврозов, но наиболее полно представлен при неврозе навязчивых состояний, когда он сопровождается эмоциональной подавленностью.

При органических заболеваниях головного мозга фобии вначале выступают как навязчивости, принимая затем характер насильственности. При шизофрении с течением времени фобии приобретают систематизированный характер, содержание их становится крайне отвлеченным, малопонятным, вычурным, формируются ритуалы первого, второго и т. п. порядка. В них выхолащивается и меркнет эмоциональный заряд (фобии без страха), они становятся интеллектуализированными, утрачивается компонент борьбы. В дальнейшем они могут приобретать черты или сверхценных идей, или двигательных стереотипий, приближаясь к кататонической симптоматике.

Истерические синдромы

Истерические невротические (неврозоподобные) синдромы — довольно полиморфные и вариабельные функциональные психопатологические образования, представляющие каждый раз сугубо индивидуальное сочетание пяти основных компонентов: психических, вегетовисцеральных, двигательных, сенсорных и речевых расстройств. Для истерической симптоматики характерны эгоцентризм, ситуационная зависимость

появления и степени выраженности, кажущаяся нарочитость, демонстративность, достаточно большая внушаемость и самовнушаемость больных, возможность извлечь какую-либо пользу из своего болезненного состояния, не осознаваемая больными («условная приятность или желательность» истерических проявлений). Помимо того, истерические синдромы могут включать отдельные симптомы любого нервно-психического или соматического заболевания или физиологического состояния (например беременности), о которых зачастую больные имеют примитивные представления.

Психические расстройства — фобии, субдепрессии, психогенные амнезии, повышенная эмотивность, патологическая лживость, истерические фантазмы, ипохондрические переживания, эмоциональная лабильность, слабодушие, астения с физической и психической утомляемостью, сензитивность, повышенная чувствительность и впечатлительность, демонстративные суицидальные высказывания и попытки, аффективно-непоследовательное мышление.

Вегетовисцеральные расстройства (наиболее постоянны и многообразны) — спазмы гладкой мускулатуры в виде ощущения сжатия гортани (истерический ком), чувство нехватки воздуха, что порой симулирует астму, дисфагия (нарушение проходимости пищевода), задержка мочеиспускания, запоры, парезы желудочно-кишечного тракта, симулирующие кишечную непроходимость. Помимо того встречаются икота, срыгивания, расстройства слюноотделения, вздутие кишечника, тошнота, рвота, понос, анорексия, метеоризм. Часто — расстройства сердечно-сосудистой системы: лабильность пульса, колебания АД, гиперемия или бледность кожных покровов, акроцианоз, головокружения, обмороки, боли в области сердца, симулирующие сердечные заболевания. Отмечаются нерегулярные колебания температуры (чаще субфебрилитет), викарные кровотечения из неповрежденных участков кожи, разнообразные нарушения менструальной и половой функции, ложная беременность.

Двигательные расстройства — припадки (классический большой истерический припадок, моторная буря, дуга, клоунада и пр.); истерические параличи и моно-, пара-, геми- и тетрапарезы, чаще всего не соответствующие анатомо-физиологическим закономерностям, паралич голосовых связок, проявляющийся афонией; ступор; контрактуры (кривошея — тортиколлис, тризм, сходящееся косоглазие, контрактуры суставов, камптокормия — сгибание туловища под углом 30°—70°); гиперкинезы; профессиональные дискинезии (писчий спазм, спазм языка и рта у музыкантов, играющих на духовых инструментах, спазм мышц голеней у балерин и т. п.); астазия-абазия.

Сенсорные расстройства — разнообразные парестезии, тактильная, температурная или болевая гипер-, гипо- или анестезия, локализация которых не соответствует законам иннервации. Расстройства чувствительности принято обозначать как «перчатки», «носки», «чулки», «колготки», «трусы», «куртка» и т. п. Помимо того бывают истерические боли — головные (цефалгии), в суставах (артралгии), в языке (глоссалгии), в области мочевого пузыря (цисталгии), печени (гепаталгии), желудка (гастралгии), ногтевого ложа (онихалгии), сердца (кардиалгии) и т. п.; истерические выпадения функции органов чувств — концентрическое сужение полей зрения, извращение цветоощущения, истерические скотомы, гемианопсии, астенопия (повышенная утомляемость зрения), амблиопия (снижение остроты зрения), амавроз (слепота), глухота, потеря обоняния, вкуса.

Речевые расстройства — истерические заикание, дизартрия, афония (утрата звучности голоса), мутизм, порой сурдомутизм (глухонемота), афазия. Истерическая афония отличается от органической тем, что при ней кашель остается звучным. Отличительным признаком истерического мутизма от кататонического является то, что невозможность речевого общения сочетается со стремлением к пантомимическому и письменному контакту.

Деперсонализационно-дереализационные синдромы

Синдром деперсонализации. Ведущим симптомом является нарушение самосознания, что проявляется искаженным восприятием собственной личности в целом с ощущением утраты ее единства или искажения и отчуждения отдельных ее физиологических или психических проявлений. Деперсонализация может встречаться как самостоятельный синдром, а также входить в структуру других психопатологических состояний.

Выделяют следующие варианты деперсонализации: аллопсихическую, аутопсихическую, соматопсихическую, телесную, анестетическую, бредовую.

Аллопсихическая деперсонализация. Характеризуется искажением или утратой ранних (в онтогенетическом смысле) чувственных форм самосознания. Наблюдается чувство утраты активности, единства «Я» и существования. На первом этапе развития состояния возникает ощущение, что все действия, поступки, речь, движения и т. д. совершаются как бы автоматически, происходит их отчуждение. Затем утрачивается чувство единства «Я» (ощущение раздвоенности). Больные отмечают, что в них как бы параллельно сосуществуют две личности, протекают два ряда психических процессов. При максимальном развитии психопатологической структуры возникает чувство, что «Я» исчезает, превращается в «ничто», «пустоту». Наряду с этим в структуре синдрома могут иметь место явления соматопсихической деперсонализации и дереализации. При этом явления деперсонализации носят яркий чувственный характер. Довольно часто они сочетаются с обсессивно-фобическим синдромом, субдепрессией, вегетативными нарушениями. Как правило, отмечается болезненная рефлексия в виде навязчивого самоанализа, самокопания. Такие расстройства могут быть в виде транзиторных приступов или длительных стабильных состояний (стационарное течение).

Встречается при резидуально-органических заболеваниях головного мозга, в рамках пограничных состояний, при неврозоподобной шизофрении и циклотимии.

Аутопсихическая деперсонализация характеризуется искажением или утратой преимущественно наиболее поздних (в онтогенетическом смысле) идеаторных форм самосознания. Это проявляется в чувстве постоянно нарастающей потери индивидуальной специфичности социальной коммуникации. Вначале возникает ощущение собственной измененности, сопровождающееся затруднением контактов с людьми. Больные воспринимают себя не такими, как прежде, оскудевшими интеллектуально и духовно, «чужими среди людей». В дальнейшем отмечается чувство полной утраты представления о своем «Я». Больные жалуются, что они будто бы полностью лишились собственного мировоззрения, взглядов, суждений, стали безликими людьми. Дополнительными симптомами выступают тоска (порой адинамическая) или тревога, как правило, наблюдается рефлексия. Явления соматопсихической деперсонализации и дереализации при этом отсутствуют или выражены слабо. Деперсонализационные расстройства связаны с постепенно нарастающими негативными изменениями личности. На начальных этапах критическое отношение к болезни сопровождается ипохондрическим самоанализом. В последующем критика утрачивается или становится формальной.

Встречается при вялотекущей шизофрении, реже — при психопатии шизоидного круга в рамках пубертатной декомпенсации.

Соматопсихическая деперсонализация. Характеризуется чувством отчуждения восприятия отдельных физиологических процессов с утратой их чувственной яркости. Она может проявляться в виде отчуждения сна (при его фактическом наличии), в отсутствии субъективного чувства облегчения и удовлетворения от опорожнения во время дефекации или мочеиспускания, при насыщении пищей, и т. п.

Наиболее часто встречается при органических поражениях головного мозга, эндогенных депрессиях, неврозах, реже — при вялотекущей и неврозоподобной шизофрении.

Анестетическая деперсонализация (болезненное психическое бесчувствие). Характеризуется болезненно переживаемым пациентами ощущением постепенного побледнения высших эмоций с последующей их утратой. Больные тяжко переживают ощущение утраты способности радоваться или печалиться даже при особо важных для них событиях и фактах. Сначала преобладает ощущение эмоциональной недостаточности, притупленности, т. е. снижается интенсивность эмоционального резонанса. В дальнейшем появляется мучительное чувство утраты эмоций, полной потери аффективного резонанса. Больные утрачивают способность ощущать удовольствие или неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть, образно называют себя «живым трупом». Наряду с этим могут отмечаться явления соматопсихической деперсонализации и дереализации.

Наиболее часто встречается в рамках депрессивных состояний эндогенного происхождения (анестетическая депрессия), может иметь место при нейролептических депрессиях, гораздо реже отмечается при психопатиях и органических заболеваниях головного мозга.

Бредовая деперсонализация может наблюдаться в рамках синдрома Кандинского—Клерамбо или при онейроидно-бредовых состояниях.

Синдром дереализации. Ведущим симптомом является искаженное восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных параметров ее объектов (формы, величины, взаимного расположения, цвета и его нюансов, и т. д.). Это искаженное мироощущение с чувством безжизненности, нереальности, чуждости, незнакомости, блеклости окружающего. При этом возможны нарушения восприятия течения времени (брадихрония, тахихрония).

Чаще всего наблюдается в совокупности с одним из вариантов деперсонализации и имеет то же самое клиническое значение.

К дереализации также относятся:

- «уже виденное» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в незнакомой ситуации у больного возникает ощущение, что она знакома, что он в ней уже находился прежде;
- «никогда не виденное» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором в знакомой ситуации возникает ощущение, что попал в нее впервые;
- «уже пережитое» — кратковременное пароксизмальное состояние, при котором комплекс эмоциональных переживаний данного текущего момента переживается как идентичный уже когда-то имевшему место («я это когда-то уже как будто пережил, перечувствовал»).

Явления «уже виденного», «никогда не виденного» и «уже пережитого» возникают в рамках эпилептических пароксизмов (психическая аура, эквиваленты), при резидуально-органических заболеваниях головного мозга, реже — при экзогенных интоксикациях.

Сенестопатоз

Сенестопатоз (Эглитис И.Р., 1977) — простой синдром, обязательным и ведущим симптомом которого являются сенестопатии. Последние нередко сочетаются с вегетативными расстройствами: колебания АД, чаще в сторону гипертензии, гипергидроз, тахикардия, гиперемия (чаще лица и глаз), субфебрильная температура. Данное психопатологическое состояние чаще всего имеет стационарное течение. Происходит только ипохондрическая фиксация внимания на сенестопатиях, нарастает эгоцентризм, своеобразно суживается круг интересов, появляется мрачная депримированность.

6. Зак 215

Наиболее частой причиной такого расстройства являются органические или функциональные поражения таламо-гипоталамической области головного мозга. Обычно они имеют экзогенную природу, являясь следствием гриппа, простудных заболеваний и других инфекционных болезней, травм головы, значительной алкоголизации и пр.

Синдром психосенсорных нарушений

Обязательными симптомами являются те или иные психосенсорные расстройства: метаморфопсии или нарушения восприятия «схемы тела». Для данного психопатологического состояния характерно пароксизмальное течение, реже — стационарное, стереотипное содержание. На всем протяжении болезни пациенты сохраняют к ней критическое отношение.

Психосенсорные расстройства являются следствием местных органических поражений нижнетеменных, теменно-затылочных долей головного мозга, глубинных отделов интерпариетальной борозды, а также (особенно при нарушении восприятия «схемы тела») зрительного бугра и его связей с нижнетеменными отделами мозга. Они могут возникать также при функциональных нарушениях ликворо- и кровообращения в тех же областях головного мозга. Наблюдается при эпидемическом энцефалите, арахноэнцефалитах, сифилисе мозга, опухолях и пр.

Сенестопатически-ипохондрический синдром

Довольно распространенное психопатологическое состояние, обязательным симптомом которого является ипохондрическая сверхценная идея. Данное состояние имеет свою динамику. На начальной стадии происходит становление и постепенное (реже одномоментное) развитие сенестопатий, обычно сопровождающихся матовой депримированностью. В последующем у одних быстрее, у других медленнее возникает и крепнет монотематическая сверхценная идея ипо-

хондрического содержания. В соответствии с ней больные постоянно настаивают на все новых и новых обследованиях, консультациях, более интенсивном лечении, хотя на этом этапе они еще полностью полагаются на медработников, доверяют их диагностике и лечению. В последующем может развиться ипохондрический бред — паранойяльный по структуре и монотематический по содержанию. Он сопровождается возникновением собственных диагностических концепций, зачастую имеющих антинаучное содержание. С этого момента больные более полагаются на себя, чем на медработников, вступают с ними в полемику, настаивают на обследовании по собственному плану, применяют собственную лечебную тактику и т. п.

Такая динамика сенестопатических расстройств встречается при ипохондрическом (паранойяльном) развитии личности. Порой симптоматика подвергается дальнейшей трансформации с постепенным формированием ипохондрического параноидного синдрома. При этом присоединяются бредовые идеи преследования, отравления, физического и гипнотического воздействия, сенестопатии приобретают характер «сделанных» неприятных ощущений — сенестопатических автоматизмов, нередко присоединяются идеаторные и двигательные автоматизмы, появляются истинные, а чаще ложные слуховые галлюцинации. Такая динамика характерна для непрерывно текущей параноидной шизофрении.

3.1.4. Паранойяльные синдромы. Галлюцинозы

Паранойяльные синдромы

Паранойяльный синдром с хроническим течением — простой синдром. Ведущий симптом — систематизированный бред. Явления психического автоматизма, ложные и истинные слуховые галлюцинации, нелепые бредовые конструкции отсутствуют. Обязательные симптомы:

эмоциональная заряженность бреда, соответствующая его содержанию, и бредовое поведение. Последнее соответствует не только содержанию, но и выраженности и степени актуальности бреда. Паранойяльный синдром с хроническим течением имеет характерную динамику. Обычно вначале возникает монотематический систематизированный бред, в содержании которого нередко находят отражение реальные события. При этом в его развитии можно выделить ряд этапов, смена которых, как правило, происходит довольно медленно:

бредовое настроение — недифференцированное состояние внутреннего беспокойства, предчувствия надвигающейся опасности, реальная действительность кажется больному враждебной, загадочной, несущей угрозу:

бредовое восприятие — малодифференцированное состояние внутреннего беспокойства с выделением отдельных событий, явлений, объектов, на которых постепенно фиксируется внимание пациента и которым придается не соответствующее действительности значение;

бредовое толкование — патологическое объяснение разрозненных фактов и явлений без объединения их единой системой доказательств;

кристаллизация бреда — болезненное объединение разрозненных событий, происшествий, фактов единой, разработанной и продолжающей разрабатываться системой устойчивых доказательств. После кристаллизации бреда сразу наступает улучшение субъективного эмоционального состояния больных («гора сваливается с плеч»), возникает заряженность бреда, меняется поведение. Больные полностью захвачены переживаниями, которые приобретают доминирующее значение в их сознании. Содержание паранойяльного бреда на этом этапе может быть различным: реформаторство, ревность, сензитивный бред отношения, любовный, дисморфоманический, изобретательства и пр. Деятельность больных подчинена болезненным идеям и устремлена на их реализа-

цию, а также сбор новых доказательств. Такой вариант паранойяльного синдрома носит название рудиментарного.

Последующее развитие паранойяльного синдрома с хроническим течением имеет следующие варианты: дезактуализации симптоматики с ее редукцией, что связано с постепенным уменьшением напряженности аффекта и упорядочением поведения; стационарное течение, при котором бред остается монотематичным и актуальным на протяжении длительного времени без признаков его трансформации в иные бредовые идеи; трансформация в синдром стойкого паранойяльного бреда с возникновением его политематичности и присоединением бреда преследования. В последнем варианте бредовые идеи отличаются детальной разработкой, постепенной генерализацией с вовлечением в содержание все большего круга конкретных лиц, которые расцениваются чаще всего как преследователи. Наблюдается монотонное напряжение аффекта, сконцентрированного на больном пункте. Письменная и устная речь нередко воспринимается как обстоятельная. Однако при их анализе эта особенность оказывается бредовой детализацией сбора, систематизации, изложения и анализа своих патологических умозаключений, тогда как вне рамок болезненных переживаний стройность мышления оказывается ненарушенной. Развитие политематичности не является признаком усложнения синдрома, сохраняющего свою моносимптоматичность и продолжающего исчерпываться систематизированным бредом.

Редуцирующийся и стационарный вариант паранойяльного синдрома с хроническим течением встречаются при реактивных состояниях (паранойяльная реакция). Трансформация симптоматики наблюдается при непрерывно текущей шизофрении.

Паранойяльный синдром с острым течением. Ведущий симптом — остро возникающий интерпретативный бред, как правило, персекуторный (отравления, ущерба, ревности, преследования, ипохондрический), реже — эротичес-

кий, реформаторства. Бред имеет тенденцию к систематизации, но полной завершенности, стройности, законченности разработки системы доказательств не возникает. Обязательные симптомы— аффективные расстройства (эмоциональное напряжение, тревога, страх), соответствующие содержанию бреда, бредовое поведение, растерянность большей или меньшей степени выраженности. Факультативные симптомы — рудиментарные и непродолжительно эпизодические истинные и ложные галлюцинации, автоматизмы, бред особого значения и интерметаморфоза.

Встречаются при приступообразно текущей шизофрении, иногда — реактивном психозе. В последнем случае факультативные симптомы отсутствуют.

Галлюцинозы

Галлюциноз — простой психопатологический синдром. Ведущий симптом — галлюцинации, возникающие в одном анализаторе, реже — в двух и более. Они довольно обильные, с завершенной предметностью. Доминируют в структуре синдрома. Обязательные симптомы — аффективные расстройства, острый чувственный бред и психомоторное возбуждение, которые однотематичны по содержанию с галлюцинациями и играют по отношению к ним как бы подчиненную роль. В качестве факультативных симптомов могут выступать психосенсорные расстройства, сенестопатии, малооформленные или элементарные галлюцинации в других анализаторах. Галлюцинозы возникают на фоне формально ясного сознания, хотя при особой остроте их развития может появиться галлюцинаторная загруженность, напоминающая помрачение сознания. Галлюцинозы делятся по динамике на две большие группы — острые и хронические.

Острый галлюциноз. Имеет непродолжительный (от нескольких часов до нескольких суток) продромальный период, в который возникают эмоционально-гиперэстетичес-

кие расстройства: тревожность, безотчетный страх, подавленность, раздражительность, психическая гиперестезия, наиболее выраженная в том анализаторе, в котором разовьется галлюциноз, нарушение сна. Манифестируют галлюцинозы остро, порой внезапно. Чаще в вечерне-ночное время отмечается наплыв фабульных, имеющих какую-то одну сюжетную линию, истинных галлюцинаций. Одновременно появляются обязательные симптомы — однотематические острый чувственный бред, эмоциональное напряжение, галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения. Сознание остается формально ясным, о чем свидетельствует сохранность алло- и аутопсихической ориентировки. Однако ввиду концентрации внимания на доминирующих острых психотических расстройствах происходит психотическое сужение сознания, которое при особо бурном течении заболевания достигает максимальной степени выраженности — галлюцинаторной загруженности. При последней больные полностью сосредоточены на своих патологических переживаниях, почти не замечают окружающих их людей, не реагируют на внешние события, ввиду чего в последующем лучше вспоминают психотические переживания, а не реальные события. Контакт с такими пациентами резко затруднен, порой невозможен. Выделяются слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные галлюцинозы.

Острый слуховой галлюциноз. Ведущий симптом — вербальные галлюцинации, поэтому он носит еще название «вербальный галлюциноз». В структуре продромального периода обычно уже имеют место элементарные слуховые галлюцинации (акоазмы, фонемы), которым, как правило, предшествует психическая гиперакузия. Незадолго до манифестации острой психотической симптоматики отмечается непродолжительный этап функциональных слуховых галлюцинаций, вслед за которым наступает этап истинных вербальных.

Таким образом, ведущий симптом появляется еще в продромальном периоде. Вербальный галлюциноз имеет сцено-

подобный характер — больной слышит монолог, диалог или голос, обращенный непосредственно к нему. Голоса принадлежат родственникам, знакомым, порой уже умершим, незнакомым, взрослым или детям, громкие или тихие. Они раздаются чаще всего из-за стены, из другой комнаты, с улицы, из-за спины, доносятся с другого этажа. Объектом обсуждения обычно является сам больной или его близкие. Галлюцинации чаще всего хульные, угрожающие, обвиняющие, комментирующие, императивные, неприятные повествовательные, контрастные. Обязательные симптомы: бред — чувственный, образный, несистематизированный, однотематический с содержанием галлюцинаций (преследования, отравления), нередко генерализованный; аффективные расстройства — эмоциональное напряжение, негодование, злоба, страх, боязнь, тревога, угнетенность, порой чувство безысходности, соответствующие содержанию галлюцинаций; галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения (объективные признаки вербального галлюциноза) — больные прислушиваются, что-то отвечают, вступают с кем-то в полемику, иногда затыкают уши, порой баррикадируются, спасаются бегством, прячутся, выпрыгивают из окон, совершают суицидальные попытки (опасны для себя), в целях самообороны вооружаются и проявляют агрессию (опасны для окружающих), отказываются от еды, лечения и пр.

При бурном развитии вербального галлюциноза через этап галлюцинаторной спутанности с растерянностью может возникнуть галлюцинаторный ступор, что свидетельствует об утяжелении состояния. Факультативные симптомы: зрительные иллюзии, фотопсии, гипногагические зрительные галлюцинации, реже — тактильные («что-то укусило», «чем-то обрызгали» и т. п.), гаптические, обонятельные и вкусовые галлюцинации. Характерно для факультативных симптомов то, что они эпизодичны, отмечаются на высоте психоза, обычно вслед за обязательной симптоматикой, они не определяют клинической картины психотического состояния, имеют

нечеткую, незавершенную фабулу, перекликаются по содержанию со слуховыми галлюцинациями, исчезают в первую очередь при уменьшении остроты галлюциноза. Острый слуховой галлюциноз имеет несколько вариантов.

Транзиторный вербальный галлюциноз — бурно развивающийся, кратковременный (до двух суток) галлюциноз со структурной завершенностью синдрома, включающий все вышеописанные симптомы. При исключительно остром развитии и регрессе симптоматики этот вариант характеризуется резким увеличением выраженности страха во всей психопатологической картине, который как бы маскирует, «заслоняет» галлюцинации и образный бред, питающие его. Выход обычно критический, сопровождается глубоким сном, через кратковременную астению. Резидуального бреда и амнезии на психотический период нет.

Абортивный вариант острого слухового галлюциноза, ограничивающийся структурой продромального периода, галлюциноз с элементарными или функциональными слуховыми галлюцинациями. На этом фоне эпизодически, обычно в вечерне-ночное время возникают кратковременные слуховые фабульные галлюцинации, чаще по типу гипногагических. Характерно отсутствие дополнительной и факультативной симптоматики. Больные почти всегда имеют критическое отношение к своему состоянию. Таким образом, этот вариант имеет структурно незавершенный вид, чем и отличается от транзиторного.

Острый вербальный галлюциноз встречается при интоксикационных (алкогольный, гашишный, барбитуратный и пр.) психозах, органических заболеваниях головного мозга, шизофрении, сосудистых заболеваниях мозга.

Зрительный галлюциноз Лермитта (педункулярный галлюциноз). Ведущий симптом — зрительные истинные галлюцинации с экстрапроекцией на небольшом удалении от глаз, чаще сбоку (справа или слева), реже — прямо перед глазами. Галлюцинации имеют панорамический

или кинематографический характер, представляют собой сложные динамические красочные картины. Чаще всего это полиоптические микропсии в виде зоопсий (змеи, птицы, рыбы и т. п.), реже — человечков. Как правило, эти галлюцинации подвижны, беззвучны, эмоционально нейтральны, являются простыми галлюцинациями. Обязательные симптомы: аффект заинтересованности, любопытства, удивления, критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям. Галлюцинации с реальными предметами не ассимилируются. Напряжение внимания на их характер не влияет (в отличие от делирия).

Встречается при органических заболеваниях головного мозга — опухоли, лептоменингоэнцефалите в резидуальной или подострой стадии, сифилисе мозга, токсоплазмозе, травматической болезни мозга, сосудистых поражениях мозга и др. При этом локализация поражения такова, что приводит к раздражению ножек мозга.

Хронический галлюциноз. Содержание, как правило, исчерпывается одним лишь ведущим симптомом — галлюцинациями. Постепенно наступает эмоциональное успокоение, исчезает возбуждение, дезактуализируется и пропадает бред, галлюцинаторные переживания упрощаются, становятся стереотипными, поведение упорядочивается, нередко появляется критическое отношение к галлюцинациям, которые как бы перестают замечаться пациентом, он к ним привыкает (инкапсуляция галлюцинаций). Хронический галлюциноз сосуществует с обычной психической деятельностью, не оказывая на нее существенного влияния и не мешая пациенту.

Хронический вербальный галлюциноз. Встречаются две динамические разновидности.

Хронический вербальный галлюциноз как неблагоприятный исход острого вербального галлюциноза отмечается наиболее часто. Острый период обычно имеет черты, указывающие на возможность неблагоприятного исхода — появля-

ются факультативные симптомы в виде гаптических, реже вестибулярных обманов (больные чувствуют, что их «хватают», «режут», «обдают жаром, холодом», у них «отрывают органы», они «летают»), дисмегалопсии или порропсии. Выход из острого состояния литический, постепенный. Вначале падает напряженность аффекта, ослабевает и исчезает страх, уменьшается степень выраженности психомоторного возбуждения, которое постепенно сменяется упорядоченным поведением. Параллельно дезактуализируется и исчезает бред. Слуховые галлюцинации постепенно теряют яркость, интенсивность, нередко переходят в шепотные, как бы приближаются к уху больного. У больных появляется вначале формальное, а затем полное критическое отношение к ним. Их содержание становится стереотипным, обычно безразличным для пациента, они инкапсулируются. Больные постепенно к ним привыкают, приспосабливаются, приучаются не обращать на них внимания. Нередко сохраняются семейный, социальный, профессиональный статусы.

Хронический вербальный галлюциноз без этапа острого психотического состояния. Начинается с эпизодов слуховых галлюцинаций, которые постепенно учащаются, усиливаются, становятся постоянными. Больному легко внушить слуховые галлюцинации в светлые промежутки, стоит лишь предложить ему прислушаться. Критическое отношение формальное. Иногда такой галлюциноз сопровождается малоактуальным интерпретативным бредом. Имеется тенденция к усложнению с трансформацией в галлюцинаторно-параноидный синдром, в синдром Кандинского.

Течение хронического вербального галлюциноза обычно стационарное. При алкоголизации, соматогении, психогении, алиментарном истощении и т. д. он может принять вид рецидивирующего галлюциноза, при котором периоды хронического вербального галлюциноза и острого перемежаются. Может иметь он и регрессирующее течение — постепенная фрагментация, появление учащающихся и удлиняющих-

ся светлых промежутков, потеря ясности и отчетливости самих галлюцинаций.

Стационарный, рецидивирующий и регрессирующий варианты хронического слухового галлюциноза встречаются при инфекционных и интоксикационных поражениях головного мозга, его органических заболеваниях травматического, сосудистого, сифилитического происхождения. Трансформация его в синдром Кандинского наблюдается при галлюцинаторном варианте непрерывно текущей шизофрении.

Зрительный галлюциноз Ван Богарта. Ведущий симптом — непрерывные цветные, яркие истинные зрительные галлюцинации. Больные «видят» множество красивых бабочек, рыбок, животных. Вначале все это происходит на нейтральном эмоциональном фоне, однако вскоре появляются обязательные симптомы — аффективное напряжение, страх, тревога, психомоторное возбуждение, однотематический бред, убежденность в истинности и близком расположении галлюцинаторных образов. По мере утяжеления заболевания происходит усложнение симптоматики, появляется аллопсихическая дезориентировка по синдромотаксису, зрительный галлюциноз сменяется делирием, как правило, тяжелым и с последующей амнезией. Характерно, что рассматриваемому галлюцинозу предшествует этап сомноленции и нарколептических приступов, что отличает его от зрительного галлюциноза Лермитта.

Встречается при вирусном энцефалите.

Тактильный галлюциноз — довольно редкое страдание. Ведущий признак — тактильные галлюцинации с постоянным чувством ползания, перемещения насекомых по коже, внутри нее и под ней. Обязательные симптомы — однотематический образный дерматозоидный бред (бред кожных паразитов), мрачность, подавленность, напряженный аффект, галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения, содержанием которого является желание пациента избавиться от мнимых паразитов, нередко с самоповреждени-

ем. Иногда этот синдром называют дерматозоидным галлюцинозом Экбома или галлюцинозом Берса-Конрада.

Встречается редко при сенильных и пресенильных психозах, церебральном атеросклерозе, органических повреждениях теменно-височной доли.

Обонятельный галлюциноз. Ведущий симптом— обонятельные галлюцинации в виде запаха гнили, тления, фекалий, исходящего, как правило, от их собственного тела. Обязательные симптомы — парфюмерные дисморфоманические бредовые идей, ипохондрический образный бред, эмоциональное напряжение, подавленность, мрачность, галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения. Факультативные симптомы — сенестопатии, парестезии, отдельные эпизодические тактильные галлюцинации.

Встречается крайне редко в виде изолированного обонятельного галлюциноза Габека при органическом поражении базально-височных и височно-теменных отделов головного мозга.

3.1.5. Аффективно-параноидные, параноидные, парафренные, люцидные кататонические синдромы

Аффективно-параноидные синдромы

Депрессивно-параноидный синдром — сложный синдром. Ведущие его симптомы — аффективные расстройства (тревожно-тоскливое настроение) и чувственный бред (ипохондрический, виновности, осуждения, преследования). Обязательные симптомы — волевые расстройства в виде смены периодов двигательной заторможенности (гипокинезии) двигательным возбуждением (ажитация, доходящая до раптуса), нарушение течения ассоциаций от замедления до ускорения, достигающего степени «вихря идей». Дополнительные симптомы — бред интерметаморфоза, особого значе-

ния, симптом двойника, автоматизмы, парейдолии, функциональные галлюцинации, аффективные вербальные иллюзии, отдельные кататонические симптомы.

Депрессивно-параноидный синдром — динамическое психопатологическое образование, которое имеет ряд этапов развития. Ведущие и обязательные симптомы обнаруживаются на всех этапах. Дополнительные симптомы появляются лишь при полном развитии синдрома, свидетельствуя о степени его выраженности и остроте психоза.

На инициальном этапе возникает гиподинамическая субдепрессия с оттенком тревожности, идеями малоценности, виноавтости; продромальный этап характеризуется тревожно-депрессивным синдромом, который сопровождается страхом, идеями толкования, отношения, обвинения, имеющими депрессивное содержание, явлениями ментизма.

Переход *на манифестационный этап* происходит обычно остро — появляется бессонница, нарастает степень выраженности ведущих симптомов. Бред самообвинения приобретает черты громадности, четко выступает чувственный бред преследования. Обязательные симптомы меняют свой характер. Двигательная заторможенность сменяется выраженной ажитацией, замедление темпа мышления — его ускорением. Появляются такие дополнительные симптомы, как бред особого значения, автоматизмы, иллюзии, галлюцинации, элементы кататонических расстройств.

На этапе полного развития синдрома (синдром Котара) ведущие симптомы выражены максимально: идеи принимают фантастический характер нигилистического ипохондрического бреда или бреда гибели мира, ажитация доходит до степени раптуса, а ускорение темпа мышления до степени «вихря идей». Характерно появление таких дополнительных симптомов, как бред интерметаморфоза и двойника.

Развитие синдрома может остановиться на одном из этапов. В случае, когда это происходит на манифестном, синдром называется депрессивно-бредовым. Тогда он приобре-

тает ряд особенностей: ведущие и основные симптомы не достигают столь высокой степени выраженности, в содержании бреда отсутствует громадность, нет раптуса и «вихря идей», превалируют бред осуждения и преследования.

Редукция синдрома идет в обратном порядке.

Депрессивно-галлюцинаторный синдром. Ведущие симптомы: тоска, вербальные истинные или ложные галлюцинации депрессивного содержания, имеющие часто непрерывный характер. Обязательные симптомы совпадают с таковыми при депрессивно-параноидном синдроме. Дополнительными симптомами являются чувственный бред преследования и осуждения.

Маниакально-бредовый синдром. Ведущие и обязательные симптомы те же, что и при мании классического типа. В качестве дополнительных выступают бред преследования, протектората, высокого происхождения.

Маниакально-галлюцинаторный синдром в отличие от классического маниакального является сложным. Ведущие его симптомы — эйфория и почти непрерывные «информирующие» истинные или ложные слуховые галлюцинации, имеющие адекватное аффекту содержание. Обязательные симптомы те же, что и при маниакальном синдроме. Дополнительные симптомы — бред величия, альтруистический, реформаторства, эротический, высокого происхождения.

Аффективно-параноидные синдромы встречаются при шубообразной и рекуррентной шизофрении, инволюционных психозах, на этапах развития онейроида или острой парафрении.

Параноидные синдромы

Параноидные синдромы с хроническим течением. Описывается два варианта:

Хронический синдром Кандинского–Клерамбо — сложный синдром. Его ведущими симптомами являются систематизированный персекуторный бред воздействия и

псевдогаллюцинации, чаще слуховые, разнообразные автоматизмы. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение и бредовое возбуждение. Наличие или отсутствие обязательных симптомов свидетельствует о степени выраженности или остроты психоза. Их появление всегда совпадает с усилением, генерализацией и актуализацией ведущих, свидетельствует об экзацербации. Их исчезновение связано с дезактуализацией остающихся ведущих симптомов и отражает ослабление симптоматики. Автоматизмы и галлюцинации становятся рудиментарными, эпизодическими, значительно уменьшается эмоциональное напряжение, упорядочивается поведение. При этом больные нередко диссимулируют остающуюся симптоматику. Синдром приобретает характер редуцированного параноидного синдрома. В качестве факультативных симптомов выступают сенестопатии, парестезии, отдельные кататонические симптомы. По преобладанию одного из ведущих симптомов выделяются две основные формы синдрома: галлюцинаторная и бредовая.

При галлюцинаторной форме преобладают слуховые галлюцинации. Формирование синдрома начинается с вербальных иллюзий и бредового настроения. Затем появляются элементарные истинные слуховые галлюцинации, нарастает подозрительность. Следом возникают истинные вербальные галлюцинации и бред преследования, а в дальнейшем — ложные слуховые галлюцинации, бред воздействия и автоматизмы. В бредовую систему обычно не вовлекается ближайшее окружение больных.

При бредовой форме преобладает бред физического, гипнотического или телепатического воздействия, овладения, преследования. Обычно имеют место все виды автоматизмов: идеаторные (симптом «открытости мыслей», «разматывание воспоминаний», «сделанные сновидения», «вкладывание мыслей» и т. д.), моторные, речедвигательные, сенестопатические, аффективные, галлюцинации Сегла. При полном развитии всех автоматизмов, выраженности бреда овла-

дения и воздействия возникает вариант синдрома Кандинского—Клерамбо, носящий название «синдром робота». Неред-ко при нем наиболее выражены двигательные автоматизмы, сочетающиеся со своеобразными моторными расстройствами кататонического спектра.

Один из вариантов бредовой формы синдрома Кандинского—Клерамбо — *ипохондрический*. Особенностью последнего является наличие выраженных факультативных симптомов в виде сенестопатии, парестезий, алгий с чувством их сделанности (сенестопатические автоматизмы). Происходит видоизменение ведущих симптомов, среди которых появляются ипохондрические идеи с убеждением в «сделанности» мнимой болезни и бред заражения.

Хронический синдром Кандинского—Клерамбо встречается при шизофрении (его ведущие и обязательные симптомы относятся к симптомам первого ранга по К. Шнайдеру). Возможно появление его при органических заболеваниях головного мозга. Но тогда он не достигает завершенности и структурной полноты, переживания больных не имеют черт вычурности и грубой нелепости, отличаются ярким чувственным компонентом.

Синдром бреда обыденных отношений (бред малого размаха). Ведущие симптомы — систематизированный персекуторный бред ущерба, отравления, отношения, архаический (колдовства), эпизодические слуховые галлюцинации, обычно элементарные (акоазмы и фонемы), автоматизмы, носящие рудиментарный характер. В фабулу бреда вовлекается ограниченный круг лиц из ближайшего окружения больного, интерпретации подвергаются реальные факты. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение и бредовое поведение.

Встречается при хронических психических заболеваниях позднего возраста, шубообразной шизофрении как вариант ремиссии при близком к средней прогредиентности течении болезни.

Параноидные синдромы с острым и подострым развитием. Описывается два варианта:

Острый синдром Кандинского—Клерамбо — сложный синдром. Ведущие симптомы возникают остро в виде чувственного бреда воздействия, преследования и вербальных галлюцинаций, чаще ложных, разнообразных, чувственно ярких автоматизмов. Они отличаются изменчивостью фабулы, бредовым восприятием окружающего. Обязательные симптомы — аффект растерянности, страха, тревоги, бредовое возбуждение. Дополнительные симптомы — симптом двойника (ложные узнавания), бред интерметаморфоза, особого значения. Факультативные симптомы — кататоническая симптоматика. В ряде случаев кататоническая симптоматика по мере утяжеления состояния приобретает значительную выраженность и по внешним признакам напоминает кататонический ступор или возбуждение, оставаясь, однако, по динамике и структуре острым параноидным синдромом. Такой вариант острого синдрома Кандинского—Клерамбо носит название кататоно-параноидного синдрома.

Встречается при приступообразной шизофрении.

Синдром Капгра. Ведущими являются симптомы положительного и отрицательного двойника, симптом Фреголи, бред интерметаморфоза. Обязательные симптомы — растерянность, страх, эмоциональное напряжение, бредовое возбуждение.

Встречается при приступообразной шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, чаще с повреждением височных отделов.

Парафренные синдромы

Парафренный синдром с хроническим течением — сложный синдром, ведущими симптомами которого являются систематизированный фантастический мегаломанический довольно устойчивый полифабульный бред с идеями

воздействия, мессианства, величия, иного происхождения, богатства, антагонистический, двойников, метаморфозы, одержимости, ипохондрический и т. д., обычно с ретроспективной переработкой прошлой жизни, а также вербальные псевдогаллюцинации с характером галлюцинаторного информирования, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, зрительные псевдогаллюцинации, фантастические конфабуляции, психические автоматизмы. К обязательным симптомам относятся благодушие, бредовое поведение.

Данный синдром является исходным этапом развития хронических параноидных синдромов. Они усложняются и завершают собой цепь состояний, начинающихся паранойяльным синдромом, который трансформируется в параноидный, а затем сменяется парафренным.

По преобладающему ведущему симптому выделяется несколько форм парафренного синдрома:

Систематизированный парафренный синдром. На первый план выступают эмоционально насыщенные фантастические идеи величия и преследования. Бред воздействия и автоматизмы выражены относительно слабо.

Галлюцинаторная парафрения. Доминируют вербальные псевдогаллюцинации, в которых бред черпает свое содержание. Он менее систематизирован, связан с содержанием галлюцинаций. Достаточно выражены зрительные псевдогаллюцинации. Фантастическая бредовая переработка прошлого связана с псевдогаллюцинаторными псевдовоспоминаниями.

Конфабуляторная парафрения. Значительно выражены фантастические конфабуляции, обычно являющиеся отправной точкой формирования мегаломанического содержания бреда. При этой форме, как правило, благодушие выражено в большей степени, чем при других формах синдрома.

Встречается при среднепрогредиентной непрерывно текущей шизофрении, инволюционных психозах.

Парафренный синдром с острым или подострым развитием — сложный синдром. Ведущие симп-

томы — чувственный бред фантастического содержания (идеи величия, реформаторства, высокого родства, телепатического контакта и т. д.), вербальные информирующие псевдогаллюцинации, псевдопарейдолии, зрительные псевдогаллюцинации, конфабуляции, разнообразные чувственно яркие психические автоматизмы. Для бреда характерны изменчивость, нестойкость фабулы. По мере утяжеления состояния фантастичность бреда нарастает, достигая степени мегаломаничности. Обязательные симптомы — аффективные расстройства широкого диапазона от экстаза до тревожно-тоскливого аффекта со страхом. Обычно при этом полярно меняется и содержание ведущих симптомов. Имеет место и галлюцинаторно-бредовое возбуждение. Дополнительные симптомы возникают на высоте развития синдрома. К ним относятся: бред интерметаморфоза, ложные узнавания, бред особого значения.

Встречается при приступообразной шизофрении, острых психозах ревматического происхождения.

Люцидные кататонические синдромы

Люцидными называются кататонические синдромы, которые протекают на фоне формально ясного сознания и имеют форму ступора или возбуждения (кататонические расстройства, возникающие при нарушенном сознании, описаны ранее).

Кататонический ступор. Ведущие симптомы — гипокинезия и паракинезия. Первая проявляется симптомами двигательного торможения вплоть до обездвиженности, гипо- или амимией с маскообразностью лица, мутизмом. Для второй характерны активный и (или) пассивный негативизм, вычурность и манерность поз (симптом «хоботка», «капюшона», «воздушной подушки», эмбриональная поза, и др.), восковая гибкость, пассивная подчиняемость. Обязательными симптомами являются нейровегетативные расстройства: сальность кожных покровов с вульгарными угрями, акроцианоз

и цианоз кончика носа и кончиков ушей, бледность кожных покровов, гипергидроз, тахикардия, колебания АД, чаще в сторону гипотонии, изменения мышечного тонуса (понижение или повышение), снижение болевой чувствительности вплоть до болевой анестезии, сухожильная гиперрефлексия, вялая реакция зрачков на свет, тошнота, рвота, анорексия. Факультативными симптомами выступают отрывочные бредовые идеи и эпизодические галлюцинации, которые могут быть нередко выявлены при амитал-кофеиновом растормаживании. По характеру паракинезий выделяют четыре формы кататонического ступора, порой выступающие этапами развития синдрома:

«Вялый» ступор. Гипокинезия не достигает полной обездвиженности (субступор). Паракинезии представлены выраженной пассивной подчиняемостью с включением эпизодов пассивного негативизма. Как правило, мышечный тонус бывает понижен.

Ступор с восковой гибкостью. На фоне общей двигательной заторможенности возникают моменты полной обездвиженности. Значительно увеличивается выраженность негативизма, появляются эпизоды активного негативизма, четко проявляется восковая гибкость, что сочетается с манерностью и вычурностью поз. Мышечный тонус повышенно пластичен.

Негативистический ступор. Преобладают периоды полной обездвиженности, которая сочетается с выраженным активным негативизмом, включая отказ от еды. Значительно повышается мышечный тонус.

Ступор с оцепенением. Полная стойкая обездвиженность, выраженный активный негативизм с полным отказом от еды, задержкой мочеиспускания и дефекации. Резко повышается мышечный тонус, при котором преобладает напряжение в сгибателях. Нередко из-за этого больные принимают эмбриональную позу.

Кататоническое возбуждение. Ведущие симптомы — кататонические гиперкинезия и паракинезия. Последняя

представлена эхопраксиями, эхолалиями, речевыми и двигательными стереотипиями, вычурностью, манерностью поз, негативизмом. Нередко паракинезии сочетаются с паратимиями и извращениями влечений, побуждений, мотивов деятельности (гомицидомания, суицидомания, членовредительство, копрофагия и др.), что проявляется импульсивно. Обязательные симптомы те же, что и при кататоническом ступоре. Дополнительный симптом — ускорение речи, приобретающей характер разорванности и речевой стереотипии (персервации и вербигерации). Выделяют три формы данного синдрома, которые порой являются этапами его развития.

Кататоно-гебефренное возбуждение. На первый план выступают вычурность, манерность, гебоидность, гебефренность, парамимии. Больные нелепо возбуждены, их действия хаотичны, они кривляются, гримасничают, неуместно хохочут, кричат, пляшут, прыгают, выполняют нелепые телодвижения и упражнения. Движения угловаты. В некоторых случаях возбуждение приобретает характер детскости (пуэрильности), проявляется гротескной шаловливостью, сюсюканьем, клоунадой, дурашливостью. Дополнительные симптомы иногда достигают значительной выраженности. Речевые обороты и интонации речи вычурны, высказывания нелепы, больные плоско шутят, для речи характерны неологизмы, разорванность и пр. Как правило, встречаются факультативные симптомы — отрывочные фрагментарные бредовые высказывания и эпизодические галлюцинации.

Немое кататоническое возбуждение. Преобладает кататоническая гиперкинезия, «эхо»-симптомы и двигательные стереотипии. Дополнительные симптомы почти полностью исчезают по мере утяжеления состояния.

Импульсивное кататоническое возбуждение. Значительную выраженность приобретают импульсивные поступки и действия, нередко агрессивно-разрушительного содержания. Усиливается мышечный тонус. Довольно часто люцидные кататонические возбуждение и ступор перемежаются в виде

последовательной смены эпизодов торможения и возбуждения. При этом значительную выраженность приобретают такие дополнительные симптомы, как растерянность, тревога, страх. Факультативные симптомы (галлюцинации, отрывочный персекуторный бред, элементы автоматизмов) тоже выражены наиболее сильно. Такое состояние носит название острого люцидно-кататонического.

Люцидные кататонические состояния встречаются при непрерывно текущей злокачественной шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, в частности после нейроинфекции, травмах головного мозга, при опухолях в области третьего желудочка, гипофиза, зрительного бугра и базальных ганглиев.

Маниакально-кататонический синдром — атипичный маниакальный синдром. Его ведущим симптомом является эйфория, которая принимает вид не столько веселости, сколько общей «эмоциональной взбудораженности». Атипичному аффекту соответствуют и атипичные обязательные симптомы: двигательное возбуждение с чертами кататоно-гебефренного и ускорение темпа мышления, сопровождающееся разорванностью речи. Данный вариант возбуждения отличается непродуктивностью. Могут отмечаться дополнительные симптомы в виде отдельных нелепых бредовых высказываний и эпизодов галлюцинаций.

Встречается при шубообразной шизофрении.

3.1.6. Синдромы нарушенного сознания

Сознание — высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации субъекта в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменять ее в соответствии со своими потребностями.

Практическая потребность психиатра — выявить патологию сознания — важного психического процесса — и определить ее вид. Сознанием (ясным сознанием) считается состояние, в котором субъект способен правильно ориентироваться в собственной личности (аутопсихически), месте, времени, ситуации, окружающих лицах (аллопсихически).

Следует помнить, что своеобразные нарушения ориентировки возникают и при патологии других психических процессов. Например, может иметь место дезориентировка в окружающих лицах, месте, времени и даже в собственной личности, связанная с бредом (бредовая дезориентировка), с грубыми нарушениями памяти (амнестическая дезориентировка), эмоций и воли (апатическая дезориентировка) и пр. Эти расстройства описаны в соответствующих главах.

Для всех групп расстройств сознания характерны общие признаки, описанные еще К. Ясперсом (1911):

1. Больной отрешен от действительности. Реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь парциально, непоследовательно, фрагментарно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена.

2. Больной дезориентирован в месте, ситуации, времени, окружающих лицах, собственной личности, что выражено в различной степени. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.

3. Мышление пациента резко расстраивается, ассоциативный процесс упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, бессвязной, достигая у части больных степени инкогеренции.

4. Отмечаются разнообразные конградные нарушения памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания

воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

Классификация расстройств сознания проводится по двум основным клиническим параметрам — структуре и динамике (*рис. 24*). По динамике выделяют две большие группы патологии сознания — пароксизмально и непароксизмально возникающие, а по структуре — выключения (непсихотические нарушения сознания) и помрачения (психотические нарушения сознания).



Рис. 24. **Патология сознания**

Пароксизмальное возникновение нарушений сознания характеризуется отсутствием этапности в их прямом и обратном развитии. Патологическое состояние сразу, фактически мгновенно, предстает в развернутой форме.

Сознание же включается так же мгновенно, как и исчезло. Синдромы, входящие в эту группу, имеют и сходные патогенетические механизмы из круга эпилептических. При пароксизмальном развитии расстройств сознания иногда наблюдается аура — предшественник припадков. Ее появление не относится к проявлению этапности.

Непароксизмальное развитие нарушений сознания характеризуется таким динамическим качеством, как этапность в его прямом и обратном развитии, о чем речь пойдет ниже. Это развитие может быть довольно быстрым (острое течение), умеренным (подострое) и медленным (хроническое). Два последних варианта, особенно хроническое, нетипичны для динамики синдромов нарушенного сознания. Непароксизмальные расстройства отличаются от пароксизмальных и своей длительностью, что может служить дополнительным дифференциально-диагностическим признаком. Так, продолжительность пароксизмальных расстройств чаще всего измеряется долями секунды, секундами, минутами, реже — часами, днями, редко — неделями, еще реже — месяцами, чрезвычайно редко — годами; продолжительность же непароксизмальных нарушений — чаще всего часами, днями, несколько реже — минутами и неделями, редко — секундами, месяцами, годами.

Выключения сознания — тотальное нарушение отражательной деятельности, которое заключается в последовательном или одномоментном (соответственно при непароксизмальном и пароксизмальном развитии) уменьшении, вплоть до полного исчезновения, объема и глубины всего психического функционирования с переходом уровня отражения от высшего к низшему: развивается «парез психической деятельности». Вначале суживается и постепенно уменьшается познавательно-логическое, рациональное отражение, страдает вторая сигнальная система. Затем присоединяется и усугубляется нарушение сенсорно-перцептивного, чувственно-образного отражения окружающей действительности,

страдает первая сигнальная система. Вслед за этим начинают угасать условно-рефлекторное отражение физического и соматического состояния больного и автономное приспособление его организма к витально значимым изменениям природной среды. В последнюю очередь нарушается безусловно-рефлекторное отражение витального функционирования организма, обеспечивающее его основные жизненные функции. По мере их угасания наступает смерть.

Помрачения сознания — тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания, в его «извращении». В силу этого синдрома помрачения сознания наиболее полиморфны по своей структуре и помимо различных вариантов дезориентировки включают психопатологические симптомы, представляющие фактически все психические процессы: гипо- и гиперестезии, сенестопатии, психосенсорные расстройства, иллюзии, галлюцинации, бред, ложные узнавания, выраженная аффективная патология, разнообразные психомоторные симптомы, расстройства памяти. В отличие от выключений сознания при помрачении отражение присутствует, но его содержанием является не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного.

Непароксизмальные помрачения сознания

Онейроидное (сновидное) помрачение сознания. Ведущие симптомы — алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, галлюцинации и иллюзии, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия реальных событий и своего поведения при достаточном воспоминании содержания болезненных переживаний. Аллопсихическая дезориентировка проявляется полной отрешенностью больного

от окружающего мира с погружением в мир грезоподобных переживаний. Аутопсихическая дезориентировка заключается в видоизменении, перевоплощении, растворении, дроблении своего «Я». Кроме того, достаточно выражены вегетовисцеральные расстройства (тахикардия, колебания АД, сальность кожных покровов, гипергидроз, гипертермия, цефалгии, парестезии, бессонница, тошнота, запоры, анорексия). Данная структура соответствует клинике онейроидного синдрома при полном его развитии. При этом происходит закономерное усложнение симптоматики — на начальных этапах преобладают признаки, свидетельствующие о меньшей тяжести расстройства психической деятельности (эмоционально-гиперэстетические, аффективные). По мере нарастания тяжести состояния происходит характерная и последовательная трансформация ее клинической картины, а на конечном этапе возникает описанная выше психопатологическая структура — истинный онейроид. Стереотип этого развития (семь этапов) описан Т. Ф. Попандопулосом (1975).

На инициальном этапе общесоматических (преимущественно вегетативных) расстройств и колебаний аффекта преобладают аффективные, эмоционально-гиперэстетические и вегетовисцеральные расстройства. Они представлены психической и эмоциональной гиперестезией, сенситивностью, стертыми полярными аффективными колебаниями от умеренной гипертимии с повышенной активностью и самооценкой до гипотимии с вялостью и чувством неполноценности. На этом фоне легко возникают нестойкие ситуационные сверхценные идеи, что нередко придает состоянию внешнюю психогенную окраску и приводит к его трактовке как реактивного. Довольно выражены вегетовисцеральные расстройства (головные боли, парестезии, нарушения сна, тошнота, анорексия, запоры, субфебрильная температура и др.). Порой это приводит к тому, что клиницист определяет состояние как соматогенно обусловленное. Продолжительность этого этапа — от нескольких недель до нескольких месяцев.

На этапе бредового аффекта, который возникает, как правило, остро, нередко после полной ночной бессонницы, дезориентировки еще нет, но появляется недифференцированное чувство, когда больные ощущают тягостные, непонятные изменения в собственном «Я». Окружающая обстановка начинает казаться чуждой, непонятной («все пугает»). Отмечаются непродолжительные «прояснения» с появлением критического отношения к своему состоянию, что напоминает «люцидные» окна. Аффект становится острым, напряженным, появляются страх, тревога, растерянность, возникают разнообразные, аффективно насыщенные, с нестойкой фабулой чувственно яркие бредовые идеи конкретного содержания, чаще персекуторные или смешанные (идеи преследования, отравления, воздействия, шпиономанический бред, и т. п.). Психомоторные расстройства проявляются бредовым возбуждением. Клиническая картина на некоторое время приобретает вид острого параноида. Данный этап часто краткий (до нескольких дней).

На этапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации (интерметаморфоза и бреда значения) впервые возникает нарушение ориентировки, что проявляется ее двойственностью. Сутью этого является бредовая ориентировка в ситуации, обстановке, что связано с нарушением не непосредственного восприятия объективной реальности, а смыслового содержания поступающей информации и ее значения для данной личности (бред особого значения). Все окружающее кажется больному загадочным, подстроенным, непонятным, притворным. Такая бредовая дереализация (дезориентировка) сочетается с чувственной бредовой деперсонализацией: разнообразные внутренние ощущения (боли, сенестопатии), появляющиеся на первом этапе расстройства мышления (ментизм, шперрунги), также трактуются в особом плане собственной измененности.

Дереализация и деперсонализация сочетаются с формальной сохранностью алло- и аутопсихической ориентировки.

Аффективные расстройства становятся более выраженными, четкими, оставаясь лабильными. Субдепрессии и гипомании нередко сопровождаются страхом, тревогой, растерянностью. Появляются аффективные вербальные иллюзии. Утяжеление состояния, проявляясь значительным усложнением психопатологической симптоматики, приводит к включению новых разнообразных форм бреда, имеющего еще довольно конкретное содержание (идеи отношения, заражения, колдовства, самообвинения, перевоспитания и т. п.). Возникают и становятся постоянными разнообразные психические автоматизмы, ложные узнавания и бред интерметаморфоза, симптом Фреголи. Происходит генерализация бреда. При этом реальные события и детали окружающей обстановки то порождают новую фабулу, то подкрепляют уже имеющуюся — готовность к бредовому восприятию. Психомоторное возбуждение становится более выраженным, более оторванным от содержания бреда и непонятным.

На этапе фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации сохраняется двойная ориентировка в ситуации, обстановке, окружающих лицах и в собственной личности, но отрешенность всей психической деятельности от реальности нарастает. Центральное место занимает деятельность воображения (своеобразные воспоминания, фантазии, мечты, грезы), вытесняющая, дезактуализирующая или ассимилирующая отражение реальных событий, деталей, обстановки и т. д. В связи с резким усилением воображения мышление приобретает грезоподобный характер. Предшествующий бред (особого значения, интерметаморфоза), ложные узнавания, психические автоматизмы и пр. отрываются от конкретного содержания, приобретая фантастический характер. Происходит парафренизация симптоматики. Содержание бреда тесно связано с ведущим аффектом. Последний приобретает четкий характер депрессий или маний с экстатически-экзальтированным настроением. Характерны переживания с чувством повышенной социальной значимости

(бред высокого происхождения, антагонистический, протектората, величия и т. д.) или бред Котара. К особенностям бреда относится то, что грандиозные последствия переживаемых больным событий или еще не свершены и только ожидаются, или уже имеют место, но вне поля рецепции пациента. Психомоторные расстройства все больше отрываются от содержания бреда и приобретают кататонический налет, проявляясь то психомоторной заторможенностью, то патетическим возбуждением с ускорением речи.

На этапе иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации ориентировка остается двойной. Нарастает отрешенность, начинает превалировать ложная (психотическая) ориентировка в месте, ситуации, окружающих людях, собственной личности. Характерно появление дезориентировки во времени (фантастическое определение даты) и его течении (скачкообразность, замедление, вплоть до полной остановки). Возникает переживание раздвоения собственной личности, перевоплощения в других людей или сказочных героев, инопланетян, животных и т. п. Резко нарастает лабильность выраженных полярных аффективных расстройств. Наиболее характерной особенностью этого этапа является визуализация продукции фантастического воображения, которое из переживания внутреннего, психического, идеаторного, локализованного в субъективном мире пациента переносится в чувственно-перцептивную сферу. Возникают иллюзии, обычно зрительные, их содержание по тематике соответствует фантастическому бреду. Бывают непродолжительные периоды псевдопарейдолий, эпизоды ярких мобильных псевдогаллюцинаторных сценоподобных картин. Больным кажется, что они находятся во дворце, на корабле, в тюрьме, а находящиеся вокруг больные, медперсонал, родственники одеты в фантастические сказочные одеяния, покрыты чешуей, шерстью или волосами. Это сочетается со своеобразным расстройством внимания, которое порой становится скользящим, суженным, недостаточно емким. От-

дельные предметы, события реальной жизни не воспринимаются больным — вещи то вдруг исчезают, то вновь появляются как по волшебству, то как бы покрыты дымкой и выглядят несколько тусклыми, то, наоборот, выделяются яркостью, рельефностью. Грезоподобные бредовые переживания достигают большой образности, чувственной яркости. Так же образны и фантастичны психические автоматизмы. Характерной особенностью является большая пластичность, изменчивать переживаний больных — новые фабулы, фантастические перевоплощения возникают под влиянием отдельных событий и деталей реальной обстановки, ощущений и сновидений. В мышлении начинает преобладать символика, замещающая причинно-следственные связи ассоциаций, ослабляется логическое осмысление. Психомоторные расстройства приобретают четкие черты кататонического торможения (субступор, порой с восковой гибкостью) или возбуждения (экстатического, импульсивного, кататоно-гебефренного). При экстатическом (растерянно-патетическом) возбуждении больные принимают вычурно-патетические театральные или скульптурно-монументальные позы, стереотипно манерно танцуют, поют, декламируют. На лице — маска восторга, мистической проникновенности, экстаза, иногда чрезмерной серьезности, не соответствующей господствующему аффекту. Речь непоследовательная, выспренняя.

Для этого этапа характерна частичная конградная амнезия реальных событий, фактов, своего поведения и собственных высказываний при достаточной сохранности воспоминаний о содержании болезненных переживаний.

Для этапа истинного онейроидного помрачения сознания характерно появление алло- и аутопсихической дезориентировки. Реальность, даже в фантастически искаженном виде, как это наблюдалось на предшествующем этапе, перестает восприниматься. Больные полностью отрешены от окружающего мира. Грубо нарушено самосознание. Происходит растворение, дробление, сказочное перевоплощение своего

«Я». В фантастических переживаниях больной выступает активным участником разворачивающихся событий. Крайне расстроено представление о пространственно-временных отношениях. Все это отражает грубую дезинтеграцию сознания и его составляющих. Фантастические переживания визуализируются в зрительные псевдогаллюцинации, галлюцинации, иллюзии. Больной полностью погружен в этот сказочно-фантастический мир, становящийся на какое-то время единственной формой его субъективного бытия. Перед «внутренним оком» разворачиваются сказочно-фантастические события. Они сценоподобны и имеют внутренний драматизм. Аффективные расстройства достигают крайней интенсивности (тоска, тревога, экстаз). Грезоподобный бред также крайне образный, чувственный, сказочно-фантастический. Речь становится разорванной, нередки периоды мутизма. Кататоническая симптоматика достигает максимальной степени выраженности — ступор с зачарованностью, возбуждение с патетикой или экстазом. Ввиду колебания степени выраженности помрачения сознания (мерцание) этот этап обычно непродолжителен. Резко выражена вегетовисцеральная симптоматика. В некоторых случаях она достигает крайней степени, сочетаясь с гектической температурой (фебрильный онейроид). Имеет место конградная амнезия реальных событий, своего поведения, тогда как воспоминания о болезненных переживаниях довольно полны.

На этапе аментивноподобного помрачения сознания с фрагментацией онейроидных переживаний отмечаются особо тяжелые состояния. Симптоматика предыдущего этапа теряет свою целостность, фрагментируется. Дезориентировка становится тотальной, аффективные расстройства приобретают характер растерянности, недоумения, грезоподобные фантастические переживания становятся спутанными, фрагментарными (больными переживается не фантастический сценарий, а отдельные его кадры). Речь становится во все большей степени бессвязной, невнятной, прерывается периода-

7. Зак. 215

ми мутизма. Психомоторные расстройства приобретают черты аментивного возбуждения. Вегетовисцеральные симптомы выражены резко, возникает стойкая гипертермия, возможны грубые трофические расстройства, пролежни. Нередко появляются преходящие и мигрирующие неврологические знаки. После выхода из этого этапа наблюдается конградная амнезия реальных событий, своего поведения и, частично, болезненных переживаний.

В своем развитии онейроид не всегда достигает шестого или седьмого этапов. Возможно прерывание его динамики на одном из предшествующих. В тех случаях, когда это происходит на тапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации, состояние носит название редуцированного онейроида. Для него характерны выраженные изменчивость и лабильность всей симптоматики, растерянность, а также эпизоды более сложной симптоматики, имеющие структуру четвертого этапа. При редукции онейроид проходит все этапы в обратном порядке, что также может иметь значение для успешного типирования синдрома.

В зависимости от преобладания тех или иных ведущих симптомов в клинической картине онейроида выделяют следующие его формы.

Аффективно-онейроидная форма. С самого начала и до последних этапов довольно четко очерчены полярные аффективные состояния, приобретающие значительный удельный вес в структуре синдрома. Бредовые переживания тесно связаны с аффективной патологией, их содержание коррелирует с полюсом аффекта. Кататоническая симптоматика нерезко выражена.

Онейроидно-бредовая форма. На всех этапах наибольший удельный вес принадлежит чувственному образному бреду и психическим автоматизмам. Возможны длительные задержки развития синдрома на этапах аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации и фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации. Состояния

могут быть сходны с аффективно-бредовыми или парафренными синдромами, имеющими острое или подострое течение. В их структуре значительно выражены бред воздействия, структурные нарушения речи и слуховые псевдогаллюцинации. Эта форма синдрома имеет наибольшую продолжительность с постепенным медленным усложнением и таким же медленным обратным развитием.

Кататоно-онейроидная форма. Наибольший удельный вес в структуре симптоматики занимает кататоническая, как правило, появляющаяся довольно рано. Достаточно быстро кататонические симптомы приобретают синдромальную завершенность и значительную экспрессивность. Развитие этой формы синдрома отличается выраженностью вегетовисцеральных расстройств и наибольшей остротой, в связи с чем бывает трудно типировать отдельные этапы ее становления.

Описанная выше динамика онейроидного синдрома наиболее характерна для рекуррентной и шубообразной шизофрении, фебрильной кататонии, шизоаффективных психозов. Онейроидное помрачение сознания может иметь место при эпидемических и ревматических энцефалитах, эпилептических и послеродовых психозах, однако указанная этапность при них может не соблюдаться.

Делириозное (галлюцинаторное) помрачение сознания. Ведущие симптомы — аллопсихическая дезориентировка при сохранении ориентировки в собственной личности и истинные зрительные галлюцинации. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При.делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания затем вспоминаются довольно неплохо. В симптомокомплекс делирия включены довольно обильные вегетовисцеральные симптомы. В качестве фа-

культативных симптомов могут выступать: парестезии, сенестопатии, иные галлюцинации (слуха, тактильные, ротоглоточные и пр.). Делирий имеет три этапа.

На первом этапе — *инициальном* — начальные признаки дезориентировки возникают параллельно с нарастающими расстройствами сна и проявляются при частых пробуждениях в виде эпизодов, во время которых больные не сразу осознают отличие кошмарных сновидений от реальности. Появляются наплывы образных, четких воспоминаний, чувственно ярких, подробных, детальных представлений без их визуализации. Постоянным симптомом является психическая гиперестезия, что сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью, раздражительностью, нарастающей общей возбудимостью, суетливостью, отвлекаемостью внимания. Больные становятся говорливыми, речь ускорена. Последнее иногда доходит до непоследовательности и бессвязности. Характерно возникновение и усиление симптоматики в вечерне-ночное время.

На втором этапе — *иллюзорных расстройств (publicределириозном)* — в вечерне-ночное время отмечают удлиняющиеся периоды аллопсихической дезориентировки, которые чередуются с более длительными спонтанными прояснениями сознания — «люцидными окнами». Последние особенно часто возникают в дневное время. Одновременно с дезориентировкой появляются зрительные иллюзии, нередко парейдолические. Их выраженность коррелирует с глубиной дезориентировки. По мере утяжеления состояния появляются гипногагические зрительные галлюцинации. Все это сочетается с усилением симптоматики предыдущего этапа — эмоционально-гиперэстетических расстройств, речевого и психомоторного возбуждения, отвлекаемости внимания, расстройств сна.

На третьем этапе *истинных галлюцинаций (истинный делирий)* выраженной степени достигает аллопсихическая дезориентировка при сохранении самосознания. Однако вначале еще

могут периодически спонтанно возникать, особенно в дневное время, непродолжительно, до нескольких часов, «люцидные окна» с восстановлением ориентировки, критического отношения к болезни. Такое углубление расстроенного сознания сопровождается утяжелением перцептивных расстройств — появляются истинные зрительные галлюцинации, «видимые» больными вначале наряду с реальными предметами и среди них. Содержание галлюцинаций сценоподобно, имеет динамическую, развивающуюся фабулу. По мере углубления делирия исчезают люцидные промежутки, галлюцинирование становится непрерывным, возникает галлюцинаторная загруженность. При этом психопатологические феномены становятся основным или даже единственным содержанием сознания, тогда как реальность почти или полностью не проникает в него, что может привести к несчастью. Так, больной может выйти из комнаты через окно многоэтажного дома. При делирии пациенты являются заинтересованными зрителями разворачивающихся перед ними картин. Содержание зрительных галлюцинаций отражается в содержании напряженного чрезвычайно лабильного аффекта, образного чувственного бреда и психомоторного возбуждения. Мимика экспрессивна, соответствует содержанию аффекта, галлюцинаций и бреда. Речь ускорена, непоследовательна, нередко приобретает черты бессвязности. На пике состояния довольно часто, помимо зрительных, появляются слуховые, гаптические, вестибулярные, обонятельные галлюцинации. Для этих факультативных симптомов характерны недостаточная четкость, неполная завершенность, эпизодичность и связь их содержания с содержанием зрительных галлюцинаций.

Регресс делирия может быть или критическим, или литическим. *Критический вариант* выхода из делирия обычно происходит через глубокий и длительный критический сон, после пробуждения от которого сознание проясняется и обнаруживается астеническая симптоматика. При *литическом варианте* делирий проходит все этапы в порядке, обратном его

развитию. После выхода из делирия остается астенический синдром, в некоторых случаях резидуальный бред. Синдромотаксис при делирии может быть с выходом в Корсаковский синдром, хронический галлюциноз, психоорганический синдром, хронический параноид, например, бред ревности.

Когда клиническая картина включает признаки только первого этапа, то такое состояние носит название *პределирий*. Если развитие делирия доходит до второго этапа, состояние квалифицируется как *абортивный делирий*. Разновидностью последнего является *гипногагический делирий*, при котором преобладают гипногагические зрительные галлюцинации. Абортивный делирий следует отличать от транзиторного, при котором симптоматика характеризуется синдромальной завершенностью структуры третьего этапа, но развивается довольно бурно, быстро, длится кратковременно. Выход, как правило, через критический сон.

При особо тяжелом течении заболевания может наблюдаться *мусситирующий делирий*. Дезориентировка становится тотальной, «люцидные окна» исчезают, зрительные галлюцинации фрагментируются, пропадает их сценообразность и динамизм, нарастает растерянность, сменяющаяся отрешенностью. Речь становится невнятной, тихой, монотонно-бормочущей, как правило, бессвязной. Возбуждение приобретает бессмысленный характер, становится однообразным, ограничиваясь пределами постели. Отмечается корфология — стереотипные обирающие движения. Резко нарастает выраженность таких факультативных симптомов, как тактильные и ротоглоточные (ощущение во рту инородного тела, волос и пр.) галлюцинации. Появляются нейровегетативные расстройства — гипертермия, миоклонические и фибриллярные подергивания мышц, тремор, гипергидроз, тахикардия, тахипноэ, колебания АД, тяжелые расстройства сна и пр. По мере утяжеления состояние может перейти в сопор или кому. После выхода из мусситирующего делирия отмечается полная конградная амнезия и выраженная астения.

Существует еще одна форма делирия — *профессиональный делирий.* Его суть в том, что содержанием всех ведущих и обязательных симптомов является профессиональная обстановка и деятельность пациента. Он убежден, что находится на своем производстве или в учебном заведении, а его поступки, действия, пантомимика и речь соответствуют служебной деятельности.

Делирий — одна из наиболее часто встречаемых реакций экзогенного типа. Он может иметь место при интоксикациях лекарственных (антидепрессанты, стимуляторы, атропиноподобные вещества и пр.), промышленных (например, тетраэтилсвинец), при алкоголизме, наркомании и токсикомании (циклодоловой, органическими растворителями и пр.), при инфекционных и некоторых соматических заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией (распадающиеся ткани злокачественной опухоли, обширные инфаркты, гематомы и т. п.), менингоэнцефалитах и сосудистых поражениях головного мозга.

В зависимости от этиологического фактора содержание галлюцинаций может иметь некоторую специфичность. Так, при алкогольном и кокаиновом делирии возникают чаще зоопсии и галлюцинации питейного содержания, при отравлении опиатами отмечаются микропсии, тетраэтилсвинцом — ротоглоточные галлюцинации, органическими растворителями — галлюцинации фантастического содержания. При сосудистых поражениях наблюдаются галлюцинаторные образы обыденного, бытового содержания (состояние напоминает профессиональный делирий).

Аментивное помрачение сознания (аменция) — спутанность сознания, наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, что проявляется такими ведущими симптомами, как грубая тотальная (алло- и аутопсихическая) дезориентировка, выраженное нарушение активного внимания с его резкой от-

влекаемостью, принимающей характер гиперметаморфоза, инкогеренция мышления, а также психомоторное бесцельное возбуждение, доходящее нередко до степени яктации (хаотичное метание с дискоординированными движениями и гиперкинетические подергивания мышц). Больной, как правило, не покидает постели. Возбуждение порой прерывается обездвиженностью. Обязательные симптомы — растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали, экзальтации, эпизоды изменчивых по содержанию зрительных и слуховых галлюцинаций, фрагментарный, с изменчивой фабулой образный чувственный бред. Бред и галлюцинации в поведении отражения почти не находят. Аменция сопровождается полной конградной амнезией. Большую выраженность имеют висцеровегетативные и соматофизические расстройства, вплоть до выраженного психофизического истощения. В развитии аменции выделяются три этапа.

Первый этап — *этап предвестников* — характеризуется набором неспецифических признаков, основной сущностью которых является нарастающая по тяжести астения. Дезориентировка на этом этапе отсутствует. На фоне углубляющихся нарушений внимания (отвлекаемость, истощаемость) возникают периоды сбивчивой, непоследовательной, несколько ускоренной речи, что сочетается с эмоционально-гиперэстетическими расстройствами (психическая гиперестезия, раздражительность, мрачность, эмоциональная лабильность) и предчувствием надвигающейся катастрофы («страх сойти с ума»). Больные становятся суетливыми, продуктивность их деятельности снижается. Вегетативные расстройства проявляются периодами головокружения, цефалгиями, парестезиями, сенестопатиями, чувством прилива жара к голове, разнообразными нарушениями сна, кошмарными сновидениями и пр. Описанные расстройства постепенно нарастают. Длительность этого этапа обычно не превышает нескольких дней.

Центральным признаком второго этапа — *собственно аменции* — является неспособность к психическому синтезу даже в самой элементарной форме. Отражение окружающего и самого себя теряет целостность, возникает грубая дезориентировка в месте, времени, ситуации, окружающих лицах и в собственной личности. Резко нарушается внимание, исчезает его устойчивость, появляется выраженная отвлекаемость, достигающая степени гиперметаморфоза. Мышление становится инкогерентным, проявляется бессвязным речевым возбуждением, которое может приобретать вид «скачки идей», а затем «словесного салата». Аффект растерянности становится резко выраженным, появляется недоуменность, эмоциональная лабильность. Бред образно-чувственный, фрагментарный, изменчив по содержанию. Деятельность бесцельна, хаотична, может дойти до яктации. Отмечаются почти полная бессонница и прогрессирующее психофизическое истощение с быстрым снижением веса.

Третий этап — *выход из аменции* — имеет литический характер. Постепенно восстанавливаются ориентировка и грамматический строй речи. Наиболее длительны нарушения внимания (истощаемость активного внимания, отвлекаемость). Постепенно исчезают бред, галлюцинации, аментивное возбуждение. Обнаруживается полная конградная амнезия второго и, частично, первого этапов. Возникает выраженная соматопсихическая астения. Следует учитывать, что при особо тяжелом течении аменция может смениться комой. В ряде случаев после выхода из аменции формируется психоорганический синдром.

Аменция встречается при обострениях затяжных или хронических астенизирующих соматических заболеваний, например, на фоне генерализации туберкулезного процесса, при присоединении к хроническому соматическому астенизирующему заболеванию интеркуррентной инфекционной патологии (гриппа, рожи, сепсиса), в остром периоде энцефалитов, в частности гриппозного, при злокачественном нейролептическом синдроме.

Непароксизмальные выключения сознания

Оглушение — наиболее легкое расстройство этой группы. В качестве ведущих проявлений выступают затруднение, упрощение и значительное уменьшение объема всей психической отражательной деятельности. Ориентировка больных затрудняется и принимает фрагментарный характер, что связано с нарушением восприятия, которое становится избирательным. В значительной мере уменьшается приток информации, еще проникающей на этом этапе через дистантные анализаторы (слух, зрение) в сознание. В нем подвергаются переработке или наиболее сильные раздражители, или несущие витально значимую информацию. Но важным признаком является то, что, если уж информация проникла в расстроенное сознание, она воспринимается верно, адекватно. Так, на обращение к пациенту тихим голосом он может не прореагировать вовсе, на голос обычной громкости возникает слабая реакция по типу ориентировочной — он откроет глаза и повернет голову в сторону голоса (сориентируется в направлении) и лишь при громком обращении, возможно, удастся получить адекватную, хотя и замедленную, с большим латентным промежутком, ответную речевую, мимическую и двигательную реакцию.

Осмысление происходящего значительно затрудняется, приобретает фрагментарный характер за счет выхватывания из окружающей ситуации отдельных, наиболее ярких или важных для больного впечатлений, фактов, которые понимаются им верно. Выражена брадифрения (замедление всех психических процессов). Мышление становится упрощенным, возникают затруднения в подборе и использовании слов, оскудевает словарный запас (олигофразия). Речевые ответы возможны лишь на наиболее элементарные вопросы. Они лаконичны, односложны, со значительными латентными периодами, но всегда адекватны. Отмечаются аспонтанность, часто амимичность. Больные как бы дремлют. Внимание

привлекается с трудом, наиболее яркими, сильными и витально важными раздражителями. В эмоциональной сфере преобладают безразличие, безучастность, но возможно и благодушие. Для оглушения характерна конградная частичная амнезия многих событий и фактов, имевших место в период оглушения. Могут появиться иллюзорные расстройства (факультативные симптомы).

Наличие сновидений и сновидных расстройств, галлюцинаций, бреда, психических автоматизмов, аффективных расстройств (растерянность, тревога, страх, депрессия), кататонической симптоматики, свидетельствуя о психотическом состоянии (помрачении сознания), исключает его типирование как выключения.

Легкой степенью оглушения является *обнубиляция*, при которой ведущие и обязательные симптомы выражены в более легкой степени. Это проявляется более полной ориентировкой, остающейся тем не менее элементарной. Осмысление затруднено и замедленно, в первую очередь по отношению к наиболее сложной информации. Больные выглядят тугодумами. Они рассеянны, как бы растерянны, медлительны. Состояние имеет характер мерцания — чередование кратковременных, спонтанных прояснений сознания («люцидные окна») и его нарушений. Происходит как бы периодическое «затуманивание» сознания, что и послужило основанием для его обозначения (обнубилюс по лат. — «закрытый облаками»).

Сомнолентность — наиболее глубокая степень оглушения, стадия, предшествующая переходу его в сопор. Интенсивность симптоматики значительно выражена. Появляются продолжительные периоды полного отсутствия активного отражения объективной действительности и собственного состояния с выраженной адинамией, напоминающей сонливость. Вывести из него больного можно, но очень трудно. Это удается лишь с помощью очень сильных воздействий и на непродолжительное время. Все ответные реакции носят характер ориентировочных.

Сопор — более глубокая по сравнению с оглушением степень выключения сознания. Ориентировка невозможна вообще, так как полностью исчезают высшие формы отражения — рациональное и чувственное. Информация в сознание через дистантные анализаторы не поступает, они выключены. Каналами ее введения являются контактные (тактильный, болевой, температурный), проприоцептивные и интероцептивные. Психическое отражение исчезает, деятельность второй и первой сигнальных систем прекращается. Уровень и объем отражения снижается по условнорефлекторного. Следствием этого является сохранение защитных рефлексов — болевого, термического, кашлевого, корнеального, рвотного, глотательного и др. Адинамия достигает степени прострации, полной обездвиженности, но возможно возникновение элементарных, стереотипных двигательных актов, крика, как это встречается при гипогликемических состояниях. По выходе из сопора — полная конградная амнезия.

Кома — наиболее глубокая степень выключения сознания, относимая к экстремальным состояниям. Информация в мозг проникает лишь по каналам интероцепции. Содержанием отражательной деятельности являются витальные функции организма, регулируемые системой безусловных рефлексов — сердечная и дыхательная деятельность, тонус сосудов, терморегуляции и т. п. Угасают условные рефлексы. Возможно появление патологических. После выхода из комы — полная конградная амнезия. По мере углубления комы расстраивается и безусловно-рефлекторная регуляция витальных функций организма, возникают патологические формы дыхания, нарушается сердечная деятельность, тонус сосудов, терморегуляция. При дальнейшем утяжелении состояния наступает смерть.

Эти состояния представляют собой этапы развития и углубления непсихотического расстройства сознания — от оглушения до комы. Их сущностью является повышение порогов возбудимости головного мозга, что приводит к сниже-

нию интенсивности реакций и их исчезновению вначале на дистантные внешние, затем на контактные средовые, а затем и на внутренние (интеро- и проприоцептивные) раздражители.

Непароксизмальные выключения сознания могут возникнуть при интоксикациях соматических (уремия, гипо- и гипергликемия, печеночная недостаточность и пр.), медикаментозных (нейролептики, транквилизаторы, барбитураты, алкоголь, опиаты, органические растворители, метиловый спирт и пр.), промышленных (угарный газ, тетраэтилсвинец и пр.), при тяжелых радиационных поражениях, асфиксии любого происхождения, в острых стадиях менингоэнцефалитов и травм головного мозга, при цереброваскулярных катастрофах (геморрагия, тромбоз, эмболия и др.), внутричерепных новообразованиях.

Пароксизмальные помрачения сознания

Сумеречные состояния сознания. Ведущими симптомами являются глубокая алло- и аутопсихическая дезориентировка с фокусированием помраченного сознания на узком круге реальных объектов и лиц, а также гиперкинезия с автоматизмами. Факультативные симптомы — выраженное эмоциональное напряжение (страх, гнев, негодование, ярость), яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, кратковременный чувственно насыщенный бред, бессвязная речь, галлюцинаторно-бредовое психомоторное возбуждение, имеющее импульсивный характер и, в большинстве случаев, агрессивно-разрушительное содержание. По выходе из данного состояния — полная тотальная конградная амнезия, иногда имеющая ретардированный характер.

По наличию или отсутствию факультативных симптомов выделяют две разновидности сумеречного состояния сознания — классическое и с автоматизмами.

Классическое сумеречное состояние сознания. Наряду с вышеописанными ведущими симптомами существует

полный набор факультативных симптомов. Классическое сумеречное состояние сознания представляет собой повышенную общественную опасность. Это связано с тем, что напряженный аффект злобы, гнева фокусируется на определенных лицах или объектах, на которые направлено и психомоторное возбуждение, носящее черты автоматизированных агрессивно-разрушительных действий. Длится несколько минут. Соотносительная степень выраженности факультативных симптомов различна, что служит основанием для выделения трех вариантов синдрома.

Ориентированное сумеречное состояние сознания. Особенностью его дезориентировки является возможность формального фрагментарного узнавания места и окружающих лиц в период нарушенного сознания. Например, больной правильно называет сотрудников, цех, где он работал. Но все прочие компоненты данного помрачения сознания сохраняются. Среди факультативных симптомов наиболее выражены бессмысленная злоба, гнев, ярость, что повышает риск тяжелой агрессии. В ряде случаев с напряженным аффектом связано выраженное психомоторное возбуждение, например, убегание, во время которого риск агрессивных действий повышается еще больше — так называемое состояние «амок».

Бредовой вариант сумеречного состояния сознания. Характерная черта — наибольшая выраженность острого чувственно насыщенного персекуторного бреда. С ним связано бредовое психомоторное возбуждение, которое не столь хаотично, как при остальных вариантах, и внешне может выглядеть довольно последовательным.

Неистовое возбуждение. Большой степени выраженности достигают галлюцинации и иллюзии, чаще зрительные, а также связанное с ним психомоторное возбуждение, по своему характеру брутальное, агрессивно-разрушительное, представляющее повышенную опасность для окружающих.

Сумеречное состояние сознания с автоматизмами. Характерной чертой является отсутствие факульта-

тивных симптомов — напряженного аффекта, галлюцинаций, бреда, психомоторного возбуждения. Основной фон настроения, на котором появляются автоматизмы, индифферентно-бесстрастный с оттенком некоторой растерянности. Из ведущих симптомов внешне наиболее ярки автоматизмы. Именно по их характеру эти состояния делятся на три формы.

Сумеречные состояния сознания с амбулаторными автоматизмами. Эти автоматизмы проявляются бессмысленным многократным повторением одного или нескольких фрагментов сложных двигательных актов. Повторение одного из компонентов уже начатого движения, во время которого возникает пароксизм, например, выписывание одной и той же буквы при письме, кручение вокруг собственной оси, если пароксизм возник во время поворота, или выполнение новых действий, никак не связанных с предшествующей пароксизму деятельностью, например, одевание-раздевание во время выполнения профессиональных обязанностей.

Транс. Автоматизмы представлены довольно сложными последовательными действиями, которые кажутся правильными, упорядоченными и целенаправленными. Однако по своей сути они бессмысленны, ненужны и не планировались пациентом. Их отдельные фрагменты не разобщены, не хаотичны, а связаны единым содержанием. В основе этих автоматизмов обычно лежит стремление больного к перемещению (в пределах квартиры, города, области, страны). В связи с внешне упорядоченным поведением такие больные почти не привлекают к себе внимания, хотя при внимательном наблюдении за ними можно обнаружить некоторую растерянность, отрешенность и слегка сонливый вид. Транс длится минуты, часы и даже сутки.

Фуга. Автоматизмы сводятся к чисто моторному акту передвижения, слепого и быстрого стремления вперед. Проявляются внезапно возникающим бесцельным бегом или уходом, не связанным с актуальным предыдущим психическим состоянием. Фуга длится кратковременно.

Сумеречные состояния возникают не только в дневное, но и в ночное время. Появление их в период сна носит название сомнамбулизма — снохождения, лунатизма.

Особые состояния сознания (аура сознания). Ведущими симптомами являются: аллопсихическая дезориентировка, особенность которой — одновременное сосуществование крайне ярких, доминирующих в сознании психопатологических расстройств и нечеткого, неполного осознания объективной реальности; обильные психосенсорные нарушения в форме разнообразных расстройств восприятия «схемы тела», метаморфопсий, довольно часто встречаются галеропия и бради- или тахихрония, при которых у больных создается впечатление, что время то замедляется, замирает, останавливается, то резко ускоряется («все мелькает, как в калейдоскопе»), деперсонализация, дереализация, явления «уже виденного», «уже пережитого», «никогда не виденного»; истинные галлюцинации, чаще зрительные, обычно в виде ярких, красочных, отчетливых видений или фотопсий, нередко имеющих сочный красный, фиолетовый или синий цвет, или висцеральные, обонятельные и вкусовые галлюцинации; аффективные расстройства, то приобретающие характер экстатического, то анксиозно-тревожного состояния. Обязательные симптомы — двигательные расстройства, соответствующие виду аффекта (при экстазе — застывания, близкие к ступору, при тревоге и страхе — тревожно-боязливое возбуждение); острый чувственный образный бред, содержание которого связано с фабулой галлюцинаций; расстройства памяти в виде частичной конградной амнезии реальных событий при отчетливой сохранности воспоминаний о психопатологических переживаниях.

В зависимости от выраженности и преобладания тех или иных ведущих симптомов выделяют три формы особых состояний сознания: ***психосенсорную***, ***галлюцинаторную***, ***аффективную***.

Все виды пароксизмальных помрачений сознания встречаются при эпилептической болезни, а также при органических заболеваниях и поражениях мозга, протекающих с эпилептическим синдромом.

3.1.7. Парамнестические синдромы

Корсаковский синдром представляет собой единство продуктивных и негативных расстройств, поэтому отнесение его в группу позитивных психопатологических синдромов в определенной степени условно. Ведущие симптомы — антероградная амнезия в виде невозможности воспроизведения текущих событий при достаточной сохранности воспоминаний о фактах, предшествовавших началу болезни, парамнезии (псевдореминисценции и замещающие конфабуляции), грубая некритичность ко всем проявлениям болезни (анозогнозия). Невозможность воспроизведения текущих событий является или следствием нарушения запоминания, фиксации, или результатом преимущественного нарушения воспоминания, экфории. Обязательные симптомы — амнестическая дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах с невозможностью запомнить их имена и функцию; разнообразные аффективные (растерянность, тревожность, благодушие, беспечность, эмоциональная лабильность) и двигательные расстройства (гиподинамия, суетливость). Клинической особенностью при Корсаковском синдроме, отличающей его от деменций, является сохранение достаточной ситуационной сообразительности. Последняя выявляется только в том случае, когда объекты и явления, требующие осмысления, находятся перед глазами больного, в сфере его непосредственного восприятия. Мышление больных непродуктивно в силу поверхностности и узости суждений и умозаключений, основанных на старых, преимущественно рутинных представлениях и понятиях. Речь их шаблонна, состоит из стереотипных фраз и оборотов, монотонна, связана не с внутренней потреб-

ностью, а с внешними впечатлениями. При первом контакте пациент может даже показаться остроумным и находчивым, но на поверку его высказывания представляют собой стереотипные речевые шаблоны. В зависимости от особенностей структуры и течения корсаковского синдрома выделяют две его формы:

Регрессирующий Корсаковский синдром. Важная особенность — постепенное уменьшение степени выраженности амнезии. Больной начинает запоминать в возрастающем объеме текущие события. Вместе с тем он начинает вспоминать некоторые факты и события, которые ранее никак не мог запомнить и воспроизвести. Это свидетельствует о том, что при данной форме синдрома ведущим является расстройство экфории, фиксация же страдает в меньшей степени.

Стационарная форма Корсаковского синдрома. Отличительная черта — сохранение амнезии одной и той же степени выраженности с тенденцией к компенсации на отдаленных этапах течения. Проявлением компенсации являются составление различных памяток, ведение записных книжек и т. п., оперирование побочными ассоциациями, отработка и использование некоторых мнемонических приемов. При этой форме преимущественно страдает функция фиксации (фиксационная амнезия).

Корсаковский синдром — важнейший клинический компонент алкогольного корсаковского полиневритического психоза. Он также встречается при органических поражениях головного мозга интоксикационной, инфекционной природы, травмах головного мозга, его опухолях, сосудистых и атрофических церебральных заболеваниях.

Конфабулез — состояние, которое характеризуется наличием лишь парамнезий без признаков помрачения сознания или амнезии. Ведущий симптом — фантастические конфабуляции. Они множественны, отличаются изменчивостью фабулы, в которой больной переоценивает себя как личность. Обязательные симптомы — эйфория с оттенком благодушия, беспечности; однотематический чувственный бред; бредовое поведение, которое, однако, грубо не страдает. Речь, как правило, имеет

обычный темп, носит повествовательный характер констатации фактов. Выход чаще критический, с адекватным пониманием перенесенной болезни. При особо остром начале и бурном развитии симптоматики возникает конфабуляторная спутанность. Его осооенностями являются резкое усиление изменчивости содержания и множественность конфабуляций, а также появление ложных узнаваний, когда окружающие принимаются за знакомых, соседей, палата — за квартиру, вокзал и т. п. Речь при этом становится непоследовательной, бессвязной.

Встречается при экзогенных симптоматических психозах инфекционного, интоксикационного, соматического происхождения, при обратимых гемодинамических нарушениях мозгового кровообращения.

Синдром насильственных воспоминаний — пароксизмально возникающее состояние, при котором ведущее место занимают мимовольные воспоминания отдельных эпизодов из реальной жизни больного — недавних или давно прошедших и давным-давно позабытых. Иногда появляется неодолимое переживание необходимости что-то вспомнить. Отличительной чертой является то, что воспоминания выражаются не в конкретных образах, а в словах, символах, абстракциях. Запоминание текущих событий в период пароксизма, как правило, ухудшается и сопровождается конградной амнезией реальных событий.

Встречается при органических заболеваниях головного мозга и его заболеваниях с поражением левой теменно-височной области.

3.1.9. Судорожные синдромы (пароксизмальные выключения сознания)

Большие судорожные припадки. Молниеносно возникающие состояния. Ведущие симптомы — выключение сознания, достигающее степени комы: больной падает на том

месте, где его застал припадок; судороги, вначале тонические (длительностью 30—50 с), затем клонические (длительность 2—3 мин). Припадок полностью амнезируется — полная конградная амнезия. Симптомокомплекс припадка включает в себя разнообразные вегетовисцеральные расстройства — тахикардию, диспноэ, бледность или цианоз кожных покровов, гипергидроз, саливацию. Большим судорожным припадкам нередко предшествует аура. Клиническая структура ауры и припадка имеет большое значение, так как несет важную информацию о локализации функционального эпилептогенного фокуса.

Анатомо-клиническая характеристика припадков и аур представлена ниже:

Топика эпилептогенного фокуса	*Клинические признаки*
Корковые припадки	
Переднелобные отделы	Поворот головы в противоположную поражению сторону, судороги на противоположной поражению стороне, утрата сознания
Заднелобные и прецентральные отделы	То же, но без утраты сознания или переднеадверсивные припадки — поворот лишь глаз и головы в противоположную поражению сторону
Нижнелобные отделы	Моторная афазия
Участок передней центральной извилины контрлатерального полушария, соответствующий локализации моторики той части тела, в которой возникают судороги (стопа, голень, бедро — область межполушарной щели, туловище — верхняя треть конвекситальной части, плечо, предплечье, кисть, пальцы — средняя треть, лицо — нижняя треть)	Моторный джексоновский припадок или кожевниковские судороги (передне-центральный припадок)

Топика эпилептогенного фокуса	*Клинические признаки*
Участок задней центральной извилины контрлатерального полушария, соответствующий локализации тактильной, болевой, температурной, мышечно-суставной чувствительности той части тела, в которой появились эти нарушения (нога—область межполушарной щели, туловище — верхняя треть конвекситальной части, рука— средняя треть, лицо — нижняя треть извилины)	Сенсорные или парестетические джексоновские припадки
Верхнетеменные (верхняя теменная долька) отделы	Иллюзия движения в противоположной очагу поражения конечности, чаще в руке, чувство ее невесомости, утомления, сердечно-сосудистая аура
Нижнетеменные (надкраевая извилина, нижняя теменная долька) отделы	Апраксия, астереогноз
Теменно-затылочные (внутритеменная борозда) отделы	Нарушения восприятия «схемы тела», метаморфопсии, аутотопагнозия, анозогнозия
Теменно-височные отделы	Головокружение, дезориентировка положения тела в пространстве
Височные области:	
центр Вернике (задний отдел верхней височной извилины)	Сенсорная афазия, алексия
задние отделы нижней височной извилины	Амнестическая афазия
верхние височные извилины, частично-поперечные височные извилины	Слуховые галлюцинации
базально-височные (область гиппокампа)	Обонятельная и вкусовая аура, сноподобные состояния

Топика эпилептогенного фокуса	*Клинические признаки*
височные (с недифференцированной локализацией)	Висцеровегетативная аура, малые судорожные припадки, абсансы, аффективные пароксизмы, особые состояния сознания, явления «уже виденного», «уже пережитого», «никогда не виденного», «никогда не переживаемого», эпилептические автоматизмы
Оперкулюм (покрышка — заднебазальная часть лобной доли, нависающая над Сильвиевой бороздой)	Оперкулярные припадки — движения глотания, причмокивания, сосания, жевания, дегустирующие, облизывание губ, «хоботок», обильная саливация
Затылочные отделы	Фотопсии
Подкорковые припадки	
Моторная область	Тонические судороги мышц туловища, шеи, конечностей, диафрагмы, сгибательная установка разведенных и выпрямленных пальцев
Сенсорная область	Жжение, резкая боль режущего, рвущего, ломящего, давяще-о характера, неприятные аффективные переживания
Височные отделы (с локализацией очага в глубине височной доли)	Оформленные зрительные галлюцинации в противоположном очагу поражения поле зрения
Стволовые припадки	
Диэнцефальная область	Вегетативно-соматические пароксизмы, икота, зевота, метеоризм, повышение температуры тела, озноб, пароксизмы нарушения тонуса мышц
Мезэнцефальная область	Пароксизмы тонических судорог, ригидность мышц туловища с разгибанием конечностей

Завершением большого судорожного припадка является постприпадочное состояние, нередко имеющее характер сопора, который переходит через сомноленцию в оглушение,

а затем в обнубиляцию с последующим прояснением сознания. Нередко постприпадочное состояние проявляется сумеречным помрачением сознания, могут обнаруживаться некоторые клинические признаки, также имеющие фокальное происхождение и указывающие на топику очага органического поражения головного мозга (см. выше).

В зависимости от характера судорожных проявлений большие судорожные припадки делятся на две формы.

Развернутый (классический) судорожный припадок начинается пронзительным криком и падением больного с мгновенно выключенным сознанием. Одновременно появляются судороги. Они протекают в две фазы. Первая — тоническая (длительность от 30 до 80 с). Во время нее порой происходит прикус языка и слизистой оболочки щек, при этом пенообразная слюна, выступающая на губах, окрашивается алой кровью. Первая фаза закономерно сменяется второй — клонической (длительность 2—3 мин). Иногда в клонической фазе происходят непроизвольные мочеиспускание, дефекация.

Абортивный судорожный припадок отличается от развернутого отсутствием одной из фаз — чаще клонической, реже — тонической. Как правило, он не сопровождается непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией, реже отмечаются прикус языка и слизистой оболочки щек.

Малые судорожные припадки. В отличие от больших при них выключение сознания кратковременно (доли секунд — десятки секунд), отсутствует аура, постприпадочное состояние и генерализованные судороги скелетной мускулатуры. Как правило, падения больных не бывает. Встречаются две основные формы данных припадков:

Абсанс (простой малый припадок) характеризуется мгновенным выключением сознания без судорожного компонента и падения больного. Проявляется внезапной остановкой движения, заминкой в разговоре, работе и т. п. Больной застывает в той позе, в которой его застал приступ. Иногда это сопровождается внезапным снижением

тонуса мышц шеи — падением головы вперед («поклевывание»). Их длительность — от 1—2 до 10—30 с.

Миоклонические малые припадки отличаются от абсансов появлением мелких, чаще ритмичных судорожных подергиваний отдельных мышечных групп конечностей, лица или симметричных отделов тела (моргания, кивки).

Кроме того, встречаются пропульсивные припадки — кратковременные тонические спазмы сгибателей шеи и туловища с характерным движением вперед. Их разновидностью являются «салам-припадки», внешне напоминающие традиционное восточное приветствие — наклон головы и туловища с одновременным приведением рук к груди. Ретропульсивные припадки — тонические движения головы и туловища назад. Нередко они сочетаются с топтанием на месте, вращением туловища, наклонами в сторону. Латеропульсивные припадки — подобные же движения по типу толчка вправо или влево.

Частота судорожных припадков бывает различной — от единичных в течение жизни пациента до периодических, а порой регулярных. Иногда они следуют один за другим подряд. В тех случаях, когда между отдельными припадками сознание проясняется, это серия судорожных припадков, когда же полного прояснения сознания между пароксизмами нет, это статус припадков.

Все виды припадков встречаются при эпилептической болезни, органических заболеваниях головного дозга, протекающих с эпилептическим синдромом, а также при острых инфекционных или интоксикационных состояниях в качестве реакций экзогенного типа, например фебрильные судорожные припадки у детей.

3.1.9. Психоорганический синдром

Психоорганический синдром характеризуется сочетанием стойких, часто необратимых неврологических, а также позитивных и негативных психопатологических симптомов, поэтому

отнесение его в группу позитивной симптоматики весьма условно. Ведущие симптомы — разнообразные аффективные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эксплозивность, подавленность, брюзгливость, ворчливость, злобность, благодушно-беспечная эйфория, безразличие, апатия); нарушение внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения); различные дисмнезии; нарушения подвижности мышления от детализации до вязкости; волевые расстройства (ослабление инициативы, сужение круга интересов, стереотипизация деятельности, инактивность). Обязательные признаки — ухудшение сообразительности («бестолковость»); снижение трудоспособности и продуктивности; несамостоятельность; слабая социальная и биологическая адаптация; психопатоподобное поведение. Усиливается восприимчивость к разнообразным соматическим и инфекционным заболеваниям, действию климатических и метеорологических факторов (перепады барометрического давления, температуры, повышения влажности, духоты и пр.), ряду средовых воздействий (езда в транспорте, вибрация, действие алкоголя, и т. п.), а также к психогениям, в ответ на которые легко возникают реактивные состояния, чаще истерические. Последнее отражает появляющуюся сензитивность, душевную ранимость. Факультативные симптомы — сенестопатии; галлюцинации, чаще слуховые, однообразные, стереотипные, с обыденным элементарным содержанием; нестойкий бред, отличающийся фрагментарностью, простотой содержания, отсутствием даже тенденции к систематизации. Возникает склонность к образованию сверхценных идей (сутяжнических, ипохондрических) или фобических состояний. Нередко отмечаются диэнцефальные расстройства, достаточно выраженные вегетовисцеральные и неврологические симптомы. Психоорганический синдром, как правило, имеет стационарное течение, реже — регредиентное. Его развитие может носить и прогрессирующий характер, что обусловлено дополнительным воздействием экзогенных вредностей (по механизмам патосинергизма) или нарастанием тяжес-

ти заболевания. Выделяют четыре формы психоорганического синдрома, которые при его прогредиентном течении могут выступать в качестве последовательных этапов его развития.

Астеническая форма. Преобладают астенические и эмоционально-гиперэстетические расстройства: истощаемость психических процессов, утомляемость, ухудшение внимания, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, легкая гипомнезия, психическая гиперестезия, парестезии, сенестопатии, склонность к дереализации.

Эксплозивная форма. Наряду с выраженными признаками предыдущей формы значительное место занимают аффективные расстройства: раздражительность приобретает черты брутальности, грубости, злобности, появляются мрачная подавленность со злобно-гневливым оттенком, ворчливость, брюзгливость. Нарастают эмоциональная лабильность, слабодушие, детализация и дисмнезия. Повышается сенситивность и снижаются адаптационные возможности организма. У ряда больных возникают нозофобии, склонность к формированию сверхценных идей ипохондрического содержания или сутяжнических.

Эйфорическая форма. Аффективные расстройства имеют оттенок благодушия, беспечности. Выражены дисмнезии и обстоятельность, у больных снижается критическое отношение к своему болезненному состоянию, появляются и нарастают гиподинамия, ухудшение сообразительности. Для эмоциональной лабильности характерны непродолжительные гневливые взрывы, завершающиеся ощущением беспомощности, слезливости, слабодушия.

Апатическая форма. Для аффективного фона наиболее характерно безразличие. Нарастают гиподинамия, инактивность, нередко достигающая степени аспонтанности. Резко суживается круг интересов, побуждений. Значительно выражены цисмнестические расстройства, обстоятельность, вязкость. Активное внимание значительно страдает.

Психоорганический синдром встречается при резидуальных органических поражениях головного мозга травматичес-

кого, инфекционного, интоксикационного и соматогенного (сосудистые заболевания, болезни дыхательной системы, эндокринопатии и др.) генеза.

3.2. ЛИЧНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ЕЕ ПАТОЛОГИИ

Личность — психологическое понятие, определяющее человека как носителя общественных социальных отношений. Она проявляется индивидуально неповторимым сочетанием таких психологических параметров, как задатки, способности, темперамент, характер, направленность (*рис. 25*). Личность — продукт конкретных общественно-исторических условий жизни.

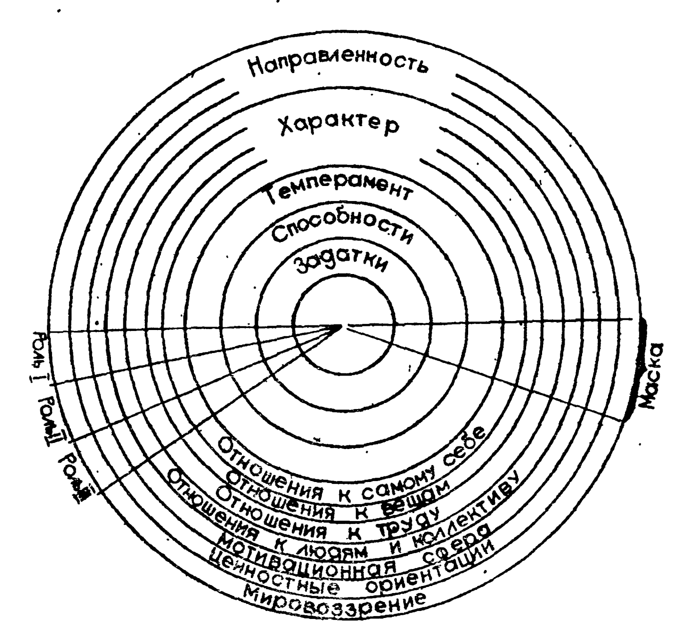


Рис. 25. **Структура личности**

Задатки – природные предпосылки развития способностей. Их сутью являются врожденные индивидуально-психологические свойства, связанные с морфологическими и функциональными особенностями головного мозга и органов чувств.

Способности – свойства личности, дающие ей возможность успешно обучаться, приобретать знания, умения, навыки выполнения какой-либо определенной деятельности (овладение языком, занятия рисованием, музыкой, математикой и т. п.). При этом способности проявляются не в самих знаниях, умениях и навыках, а в скорости их приобретения. Наивысшей степенью способностей является одаренность.

Темперамент – постоянные и устойчивые индивидуально-неповторимые природные свойства личности, определяющие динамику психической деятельности независимо от ее содержания. Основными свойствами темперамента являются: сенситивность, реактивность, темп протекания реакций, эмоциональная возбудимость, пластичность–ригидность, экстравертированность–интровертированность.

Сенситивность характеризует наименьшую силу внешнего воздействия, необходимую для возникновения той или иной психической реакции и скорость ее развития.

Реактивность отражает степень непроизвольности реакций на внешние или внутренние воздействия одинаковой силы. Как правило, это автоматизированные реакции защиты и ориентировки.

Активность характеризует выраженность энергетического потенциала личности, с которым человек движется к цели и преодолевает препятствия.

Темп реакций связан со скоростью протекания психических процессов.

Эмоциональная возбудимость определяется порогом минимального воздействия, необходимого для возникновения эмоциональной реакции, а также быстротой ее развития.

Пластичность отражает легкость и гибкость приспособления человека к внешним воздействиям. Противоположным качеством темперамента является *ригидность* — свойство, демонстрирующее инертность приспособительного поведения.

Экстраверсия указывает на высокую степень зависимости реакций и поведения человека от внешних впечатлений. Противоположное ему качество — *интроверсия*. Она отражает значимую связь поведения человека с внутренними впечатлениями.

Различные сочетания вышеописанных свойств темперамента образуют четыре основных его типа: сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик (*табл. 5*).

Характер — это совокупность устойчивых и существенных индивидуально-своеобразных свойств личности, отражающих все многообразие ее отношений к окружающему миру и к самой себе. Свойства характера обнаруживаются в конкретных ситуациях взаимоотношений личности с отдельными людьми, коллективом, обществом, в процессе труда, а также при отношении к вещам. Проявляется он соответствующим поведением.

Характер имеет свою структуру — закономерное сочетание взаимосвязанных и взаимозависимых свойств. Последние проявляются в четырех системах отношений личности:

1. К самому себе: уверенность в себе, мнительность, самокритичность, самолюбие, честолюбие, тщеславие и др.

2. К вещам: аккуратность и неряшливость, бережливость и скупость, и т. п.

3. К отдельным лицам и коллективу: доброжелательность и черствость, отзывчивость и эгоцентризм, альтруизм и эгоизм, отходчивость и мстительность, тактичность и бестактность, уступчивость и упрямство, гуманность и жестокость, вежливость и грубость, общительность и замкнутость, откровенность и скрытность, и т. п.

4. К труду: трудолюбие и леность, инициативность и безынициативность, ответственность и безответственность, доб-

Таблица 5

Типы и свойства темперамента

Основные типы темперамента	Свойства темперамента						
	Сенситивность	Реактивность	Активность	Темп протекания реакций	Эмоциональная возбудимость	Пластичность/ригидность	Экстраверсия/интроверсия
Сангвинический	Пониженная	Высокая, уравновешенная с активностью	Высокая	Быстрый	Повышенная	Пластичность	Экстраверсия
Холерический	»	Высокая, преобладает над активностью	»	»	»	Ригидность	»
Флегматический	»	Низкая	»	Медленный	Пониженная	»	Интроверсия
Меланхолический	Повышенная	»	Низкая	Неустойчивый	Повышенная с депрессивным оттенком реакций	»	»

росовестность и халатность, целеустремленность и пассивность, пунктуальность и расхлябанность, и т. п.

Кроме того, есть свойства характера, проявляющиеся в ситуациях, требующих мобилизации волевых качеств, например, мужество и робость, храбрость и трусость, и т. п.

Отдельные свойства структуры характера не равны. Выделяют центральные (стержневые) и зависящие от них, производные. Общими свойствами характера являются: целостность, активность, твердость, устойчивость и пластичность.

Целостность связана с наличием или отсутствием в его структуре противоречивых черт. Это — единство психического склада личности, согласованность его отношений к различным сторонам действительности, отсутствие противоречий в интересах, стремлениях, действиях.

Активность, или *сила*, проявляется степенью противодействия внешним обстоятельствам и энергией, с которой человек преодолевает препятствия. В этом плане выявляются стеничные люди и личности со слабым характером.

Твердость определяется упорством личности при сознательном отстаивании ею своих взглядов и принятых решений.

Устойчивость — способность сохранять основные свойства характера при несущественном изменении внешней обстановки, ситуации.

Пластичность проявляется в способности изменяться под влиянием коренным образом изменившейся ситуации, а также в процессе развития и воспитания личности. Устойчивость и пластичность характера существенно влияют на способность личности к адаптации в социальной среде.

Методологически принципиальным является положение о том, что определяющим свойства и структуру характера выступает влияние не биологических, конституционально-наследственных, а общественных, социальных закономерностей. Характер и темперамент находятся в определенной связи. Тип темперамента влияет на проявления внешних свойств характера. В зависимости от его типа определенные спосо-

бы действия личности и ее поведения могут возникать и прекращаться быстро или медленно, легко или с трудом, при сильных или слабых внешних и внутренних побуждениях. Различия в протекании проявления свойств характера называются его динамическими особенностями. Как раз они и зависят от свойств темперамента. Характер проявляется в деятельности человека, которая зависит от *направленности* личности.

Направленность — это свойства личности, характеризующие ее влечения, желания, интересы, склонности, которые определяют избирательность активности человека, а также базирующиеся на них убеждения, идеалы и мировоззрение.

Влечения, желания, интересы и склонности образуют мотивационную сферу. Мотив — сила, побуждающая личность к поступкам и деятельности в целом. Знание мотивов поведения позволяет правильно оценивать человека как личность. Влечения — мотивы, связанные с недостаточным осознанием своих потребностей (к виду деятельности, общению с конкретным человеком, и т. п.). *Желания* — мотивы, возникающие при осознании личностью возникших возможностей и потребностей. Активная форма желания — хотение. Необоснованное желание — каприз. *Интересы* — мотивы, побуждающие личность направлять свою деятельность к знакомству с предметом, имеющим для нее особенное, осознанное значение (посещение театра, спортивных состязаний, и т. п.). *Склонности* — направленность личности не только на знакомство с осознанно значимым предметом, как это происходит при интересе, но и на соответствующую предметную деятельность, удовлетворяющую эту потребность (участие в художественной самодеятельности, спортивных состязаниях, и т. д.).

Избирательная направленность мотивов и связанной с ними активности человека определяет так называемые ценностные ориентации личности, в которых проявляется ее сущность. В соответствии с содержанием мотивационной сферы, цен-

ностными ориентациями выделяют различные уровни направленности личности.

Направленность личности самым тесным образом связана с ее мировоззрением — системой взглядов на окружающую человека объективную реальность: природу, общество, человеческое мышление как результат отражения действительности. Мировоззрение личности составляет ядро ее направленности, ее отношений к различным сторонам общественной жизни. Оно отражает общественное бытие.

Все компоненты личности раскрываются в деятельности, которая протекает в группах. Группа является объектом изучения социальной психологии. Это люди, объединенные реальными отношениями. Группы бывают формальными, в частности, созданные в соответствии со штатным расписанием, и неформальные, возникающие на основе общности мотивов поведения, направленности, взглядов, интересов, чувстве симпатии, и т. п.

В процессе взаимодействия с группой личность выступает в различных ролях. ***Роль*** — форма проявления социальной активности личности в условиях конкретной группы. Это шаблон, стереотип специфического поведения личности в конкретной ситуации общения или деятельности. Обязательными условиями ролевого поведения являются: искренность исполнения роли, знание формы и содержания поведенческого стереотипа как личностью, так и группой, в которой роль исполняется. Последнее связано с тем, что исполнение роли должно оправдать и удовлетворить экспектации (ожидания) группы, всех остальных ее членов. Участие личности в группе обусловлено ценностными ориентациями человека, а ролевое поведение — межличностными отношениями. В исполнении роли раскрываются все составные компоненты личности, начиная с задатков и кончая мировоззрением (см. *рис. 25*).

Как правило, каждая личность входит не в одну, а в несколько групп — формальных (служебная, учебная и пр.) и неформальных (по хобби). Это определяет набор исполняемых ро-

лей. В процессе общения личность может использовать маски. ***Маска*** — поведение личности, при котором создается видимость соответствия ролевого поведения экспектациям группы. В последней поведение личности, определяемое как маска, является неискренним, притворно-показным, соответствующий поведенческий стереотип — формальным и поверхностным. Маска необходима для формального общения. Нередко это связано с общепринятыми ритуалами и церемониалами. Примером может служить поведение воспитанного человека, случайно попавшего на похороны малознакомого человека. Адаптивное поведение личности в обществе обеспечивается использованием не только ролей, но и масок.

Патология личности многообразна, сложна и трудна для описания. Связи болезни и личности в психиатрии многогранны и диалектичны. С одной стороны, психические болезни, особенно прогрессирующие, в той или иной степени видоизменяют, деформируют, а иногда и разрушают структуру личности. С другой — в проявлениях болезни всегда отражаются отдельные свойства личности и ее структура в целом. В результате этого психопатологические явления у каждого отдельно взятого больного приобретают свою индивидуально-неповторимую окраску. Личностные расстройства могут быть результатом деформации или деструкции структуры личности.

Деформация — диспропорциональное соотношение структурных элементов, дисгармония личности, возникшая в процессе ее развития. Таким образом, деформация личности является следствием неправильного ее формирования. Она приводит к развитию психопатических состояний.

Деструкция — патологический процесс разрушения сложившейся к моменту начала болезни структуры личности в целом или отдельных ее компонентов. Деструкция приводит к разнообразным по выраженности и структуре дефектам личности.

Психопатические состояния — формы патологии личности, сущность которых заключается в ее общей дис-

гармонии, нарушающей социальную адаптацию. Наблюдаются они при психопатиях, патохарактерологических развитиях и психопатизациях. Психопатии (истинные, ядерные, генуинные, идеопатические) — это аномалии характера, в происхождении и развитии которых большой удельный вес занимают конституциональные факторы. Патохарактерологические развития — это психопатические состояния, возникающие вследствие сочетания неблагоприятных воздействий микросоциосреды (воспитание, психогении, социогении) и индивидуальных особенностей личности, ее акцентуаций. Психопатизации — психопатические состояния, возникающие на фоне органических церебральных или некоторых хронических соматических заболеваний с неблагоприятным течением.

Основные клинические критерии психопатических состояний были описаны П. Б. Ганнушкиным (1933) и определены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность, относительная стабильность патологических черт личности и их выраженность в такой степени, что они нарушают социальную адаптацию.

Психопатические состояния следует отличать от ***акцентуаций личности*** (Леонгард К., 1981; Личко А. Е., 1983). Это крайние варианты нормы, проявляющиеся значительным усилением отдельных черт личности. В зависимости от ситуации они могут способствовать или развитию способностей личности (социально положительные достижения), или возникновению различных форм личностной патологии: кратковременные и затяжные преходящие психогенные состояния, патохарактерологические развития. Одним из дифференциально-диагностических критериев, позволяющих отличить акцентуации от психопатических состояний, являются условия возникновения при них социальной дезадаптации. Дезадаптация личности возникает только после воздействия специфического для каждого вида акцентуаций психогении, тогда как при психопатических состояниях дезадаптация

личности может быть следствием психогении любого рода или даже появляться без видимых причин.

По своей клинической структуре психопатические состояния имеют синдромальный характер. При их классификации в общей психопатологии используют не только (и не столько) язык специфических симптомов, но и терминологию психологии личности. Дело в том, что патология личности во многих случаях характеризуется не появлением каких-либо новых болезненных признаков, описываемых языком психопатологических симптомов, а резким усилением, заострением отдельных качеств, характерных и для нормальной личности. При этом они имеют такую выраженность, что деформируют личность, приводя к ее дисгармонии и социальной дезадаптации, в силу чего сами могут быть обозначены как симптомы. Например, эгоцентризм является свойством характера. Он может наблюдаться в норме и при психопатических состояниях, в частности, при истерической их форме. В последнем случае отличительной чертой является то, что эгоцентризм становится центральной, стержневой чертой характера, существенно влияет на другие его проявления и выражен так, что приводит личность к дезадаптации в обществе. Такая степень выраженности признака позволяет в данном случае типировать его как симптом. Психопатические состояния имеют клинические формы.

3.2.1. Астеническая форма

Главными свойствами астенической формы являются вялость, повышенная утомляемость и истощаемость. С ними сочетаются следующие свойства темперамента: повышенные сенситивность, реактивность и эмоциональная возбудимость, что выражается вовне раздражительностью, склонностью к депрессивным формам реагирования. Активность таких личностей снижена, они быстро устают, у них ухудшаются

внимание, работоспособность. Преобладающими являются интровертированность реагирования, ригидность. Эти свойства тесно связаны с такими чертами характера, как ипохондричность, повышенная впечатлительность, ранимость, робость, нерешительность, мнительность, обидчивость, уступчивость. Обычно такие люди избирательно общительны, так как испытывают затруднения при контактах с окружающими, особенно с незнакомыми или малознакомыми людьми, они плохо привыкают к новым условиям и новому коллективу. Все это приводит к тому, что реализация компонентов направленности у них ослаблена, социальная активность снижена. Набор ролей и масок ограничен в силу повышенной истощаемости, слабости, неумения общаться, низкой социальной активности и адаптации.

3.2.2. Психастеническая форма

Центральный признак психастенической формы — сочетание личностных особенностей астенического спектра и подчеркнутой нерешительности, мнительности («тревожно-мнительный характер»), склонности к анализу и самоанализу (рефлексии), а также к образованию навязчивостей. Темперамент проявляется повышенной сенситивностью, а также реактивностью и эмоциональной возбудимостью со склонностью к реакциям тревоги. Ригидность преобладает над пластичностью, а интроверсия над экстраверсией, что приводит к оторванности от реальной действительности. Превалирует рассудочная деятельность. Самолюбие сочетается с чувством собственной неполноценности, выраженные обидчивость и сдержанность в проявлениях эмоций — со способностью на высокие и длительные чувства. Как правило, эти лица малообщительны, но не в силу нежелания, а из-за стеснительности, неловкости и опасения попасть в неприятную ситуацию. Характерны для них и педантизм, гипертрофированное чув-

ство ответственности, сочетающееся с известной косностью, боязнью нового. Неуверенность в себе создает условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суеверий. Реализация компонентов направленности затруднена в силу постоянно существующих нерешительности и сомнений, мешающих избрать мотив деятельности, принять решение и реализовать его. Набор ролей у таких лиц ограничен, они опасаются, что не смогут выполнить возложенных на них группой обязанностей, боятся ответственности, неприятностей и насмешек окружающих. При необходимости часто и быстро менять роли возникает растерянность, порой кратковременная заторможенность. Использование масок в процессе общения крайне затруднено, в силу чего они избегают ситуаций, в которых необходимо применять масочное поведение. В клинической картине состояний такого рода имеет место склонность к образованию разнообразных навязчивостей — мыслей, сомнений, страхов, действий.

3.2.3. Гипотимическая форма

Основными чертами гипотимической формы являются постоянно пониженное настроение и тотальный пессимизм. Темперамент представляет собой утрированный меланхолический и имеет следующие свойства: повышенные сенситивность и эмоциональная возбудимость с депрессивным содержанием эмоциональных реакций, пониженные реактивность и активность, замедленный темп реакций, преобладание ригидности и интроверсии. В характере на первый план выступает унылость, угрюмость, склонность во всем видеть мрачные стороны. Даже приятные события сейчас же отравляются у больных мыслью о непрочности радости. Они склонны к пониженной самооценке, ипохондричности, утрированным угрызениям совести, нерешительны. Работа им часто неприятна, отмечается быстрая утомляемость в силу недо-

статочности побуждений, усталости и разбитости, особенно по утрам. Нередко они предполагают, что окружающие относятся к ним свысока, вследствие чего сторонятся людей, замыкаются в себе, держатся обособленно. Дисгармония личности проявляется в том, что такие лица, несмотря на указанные выше свойства, способны к глубокому сопереживанию, душевной теплоте, отзывчивы и добры. Набор ролей значительно ограничен. Это связано с тем, что, как правило, исполнение социальной роли у таких личностей возможно лишь в условиях небольших, неформальных групп, образованных по принципу общности интересов и эмпатии. В силу этого они часто используют маски, уклоняясь от исполнения роли в других ситуациях и группах, что является одним из признаков социальной дезадаптации. Реализация компонентов направленности возможна лишь в рамках исполняемой роли, где лучше раскрываются качества личности, и резко затруднена при необходимости использовать маску.

3.2.4. Гипертимическая форма

Гипертимическая форма полярно противоположна предыдущим. Главные черты — постоянно приподнятое настроение и тотальный оптимизм. Темперамент содержит в себе сконцентрированные свойства сангвинического, что проявляется пониженной сенситивностью, высокой реактивностью и активностью, ускоренным темпом реакций, повышенными эмоциональной возбудимостью и пластичностью, подчеркнутой экстравертированностью. Эти лица энергичны, быстро откликаются на все новое, предприимчивы, порой склонны к авантюризму, как правило, доброжелательны, отзывчивы, щедры до расточительности. Легко сходятся с людьми, утрированно общительны (до болтливости), бестактны. Им свойственны повышенное самомнение, хвастливость. По отношению к своим обязанностям и к труду они

чрезвычайно инициативны, но неусидчивы, безответственны, недисциплинированны, нередко халатны. Остроумны, позволяют себе насмешки в адрес окружающих, но сами к критике нетерпимы, не переносят возражений. Мотивационная сфера богата, интересы возникают быстро, интенсивны, но неустойчивы и непостоянны, что резко снижает социальную активность и продуктивность. Нередко жизненный путь таких больных зигзагообразен (от взлетов до быстрых падений). Легкомысленны, морально неустойчивы, ввиду чего легко переступают границы дозволенного. Их семьи обычно нестойкие. Своему слову неверны, что затрудняет деловые отношения с ними. Набор социальных ролей широк, чрезвычайно разнообразен, но их исполнение отличается поверхностностью, кратковременностью и неустойчивостью. Характерна частая смена ролей, связанная не с условиями конкретной ситуации, а с неустойчивостью, непостоянством, поверхностностью. К маскам такие лица прибегают редко.

3.2.5. Истерическая форма

Основными чертами истерической формы являются психический инфантилизм, эмоциональная лабильность, эгоизм, эгоцентризм. Темперамент характеризуется повышенными сенситивностью, реактивностью, активностью, которая является неустойчивой. Темп реакций ускорен, эмоциональная возбудимость очень высокая, аффективные реакции имеют оттенок экзальтации. Такие лица утрированно пластичны, подчеркнуто экстравертированны. Черты характера противоречивы, их проявления ситуационно обусловлены до такой степени, что в различных жизненных положениях эти люди выглядят диаметрально противоположными личностями. Психологически они незрелы, мышление аффективно непоследовательно, подчиняются существующей в данный момент эмоции, суждения и умозаключения нестой-

ки и поверхностны, отличаются склонностью к фантазированию, повышенной внушаемостью. Они крайне эгоистичны, себялюбивы, черствы, заносчивы, капризны, упрямы, нередко грубы.

Эгоцентризм проявляется стремлением привлечь к себе всеобщее внимание любыми средствами. В связи с этим они хвастливы, лживы, вплоть до псевдологии и мифомании. Характерные черты этих симптомов — художественно яркое оформление и столь «достоверное» содержание, что позволяет убедить в реальности вымысла не только окружающих, но и самого себя. Основным действующим лицом таких фантазий является сам больной. Эгоцентризм прямо связан с эксцентризмом — поведением, ставящим личность вне общепринятых в данное время и в данной группе норм: экстравагантность внешности, ультрамодность одежды, самооговоры, самоповреждения, преступление границ морали и закона, и т. п.

Эмоциональная лабильность проявляется неустойчивым настроением, нестойкими интересами и привязанностями. Для направленности характерны неустойчивость, ситуационная зависимость. Сутью ценностных ориентаций является удовлетворение эгоистически-эгоцентрических черт характера. В связи с этим мотивы поведения имеют инфантильно-гедонический, утилитарно-эгоистический или псевдоальтруистический характер. Чувства, привязанности, интересы разгораются быстро, достигают бо̀льшой интенсивности, иногда поражая окружающих своей силой, но, как правило, кратковременны и быстро угасают и исчезают («соломенный огонь чувств»). Больные безответственны и нетактичны. Исполнение социальных ролей крайне затруднено и часто подменяется ношением масок. Как правило, последних у таких лиц много, и в некоторых из них, удовлетворяющих их эгоцентризму, они выглядят таким образом, что окружающие принимают использование маски за искреннее исполнение роли.

3.2.6. Возбудимая (эпилептоидная) форма

Ведущая черта возбудимой формы — сочетание полярных качеств, таких как торпидность и взрывчатость, угодливость и мстительность, слащавость и брутальность. Темперамент представляет собой крайний вариант холерического и имеет следующие свойства: низкая сенситивность, высокие активность и реактивность (причем последняя преобладает), ускоренный темп реакций, значительно повышенная эмоциональная возбудимость, достигающая степени взрывчатости со злобно-гневливым содержанием и безудержной ярости, экстравертированность, утрированная ригидность. Для характера типичны себялюбие, черствость, упрямство, злобность. Мелочная требовательность, доходящая до придирчивости, которую они считают принципиальностью, сочетается с беспринципностью в серьезных вопросах, что внешне проявляется ханжеством. Такие люди заносчивы, жестоки, грубы, недоверчивы, несамокритичны, тщеславны и обидчивы. Они упорны и добросовестны при достижении целей, соответствующих их тщеславию и эгоистическим интересам, трудолюбивы. Их инициатива ограничена рамками эгоистических стремлений. Дисциплинированны, пунктуальны, аккуратны до педантизма, бережливы до скупости, мелочны. Отличаются мстительностью, жестокостью, подозрительностью, скандальностью, склонны к тирании подчиненных и близких. В то же время с лицами, от которых зависят, ситуационно подобострастны, слащавы, угодливы. Недостаточность симпатии и сострадания в сочетании с описанными качествами предрасполагает к антисоциальному поведению. Направленность этих личностей узкая, определяется небольшим числом мотивов. Ценностные ориентации, как правило, обусловлены эгоистическими притязаниями и основными чертами характера. При этом проявляют целеустремленность, упорство, стеничность. Набор ролей и масок ограничен.

Исполнение ролей ригидно и шаблонно, использование масок стереотипно, неискренность заметна окружающим.

3.2.7. Паранойяльная форма

Важнейшим свойством паранойяльной формы является склонность к возникновению сверхценных идей. Темперамент проявляется умеренной сенситивностью, высокими реактивностью и активностью (с преобладанием первой), некоторым ускорением темпа реакций, высокой возбудимостью эмоций со склонностью к концентрации аффекта на индивидуально значимых, кататимных переживаниях. Характерны ригидность и экстравертированность. Здесь наиболее значимы следующие черты: непомерно высокое самомнение, болезненно обостренное самолюбие, подозрительность, упрямство, сочетающиеся с узостью кругозора, а иногда и с интеллектуальной ограниченностью. Больные склонны переоценивать себя, продукты своего труда и некоторые ситуации, ущемляющие их самолюбие. Им свойствен эгоизм. Мышление, как правило, незрелое, неглубокое, четко выявляется такое качество ума, как некритичность. Они нетерпимы к возражениям, не прощают никому равнодушия, несогласия. Тот, кто думает иначе, по их мнению, или глупец, или враг. Неуживчивы и, встречаясь с несогласием или сопротивлением своим идеям, недоброжелательны и агрессивны, легко переходят в нападение. Злопамятны, мстительны. Отвечая на обиды, нередко мнимые, сами бывают жестокими. В борьбе за свои кажущиеся им попранными права находчивы, умело находят сторонников, способны убеждать в своей правоте. При достижении целей очень стеничны. Ригидно принципиальны, порой даже во вред делу и себе. Крайне требовательны к окружающим, часто без должного учета ситуации. Правдивы до утрированной прямолинейности, грубы и недоверчивы, тщеславны и честолюбивы. Сфе-

ра направленности личности резко сужена, порой сконцентрирована только на индивидуально значимых мотивах, связанных по содержанию со сверхценными идеями. Все, что выходит за пределы последних, как бы социально значимо оно ни было, их не интересует. В плане же исполнения сверхценных идей — крайне целеустремленные, упорные, упрямые. Число ролевых позиций ограничено пределами суженного спектра направленности. Масками пользуются крайне редко в силу своей ригидной принципиальности.

3.2.8. Шизоидная форма (патологически замкнутые)

Главные черты шизоидной формы — сниженная потребность в общении и недостаточная эмоциональная откликаемость, в связи с чем подобных пациентов называют еще патологически замкнутыми. Темперамент проявляется высокой сенситивностью, умеренным темпом реакций, малой эмоциональной возбудимостью, ригидностью, подчеркнутой интровертированностью. В характере наиболее значимы такие черты, как замкнутость, отгороженность, отсутствие чувства сопереживания, слабость привязанностей — до душевной холодности и черствости. Мышление оторвано от реальности, формализовано, схематизировано. Некоторые больные склонны к бесплодным рассуждениям, схоластике. Вместе с тем мир внутренних переживаний может быть достаточно богат и разнообразен, но они не испытывают потребности раскрывать его окружающим. Для некоторых представителей этой группы свойственны чудаковатость поведения, странность облика и манер, угловатость движений. Направленность ограничена рамками ценностных ориентаций, связанных с мотивами деятельности, отражающей аутистическую сущность склада личности: кабинетная работа, абстрактно-символическая деятельность (например математика) и пр.

В этих границах такие люди могут достичь заметных успехов. Они лучше адаптируются в формальной группе, где общение формализовано и связано с использованием масок. Неформальное, личностно-эмоциональное общение для них затруднено, в связи с чем овладение ролевым поведением крайне сложно, а набор ролей резко ограничен. Овладев ролью, исполняют ее стереотипно и ригидно.

Рассмотренные состояния встречаются при психопатиях, патохарактерологических развитиях и психопатизациях.

Гипо- и гипертимические, психастенические, истерические, возбудимые, паранойяльные и шизоидные психопатические состояния могут иметь конституциональную обусловленность и в этом случае являются основными клиническими формами психопатий, имея наиболее четкую синдромальную очерченность. Патохарактерологические развития часто принимают форму психастенических, возбудимых, истерических, паранойяльных. При психопатизациях чаще встречаются признаки астенических, возбудимых и истерических психопатических состояний.

3.2.9. Аутизм

Потребность в общении — одна из важнейших видовых потребностей человека. Она является прямым следствием, условием и непосредственным отражением *биосоциальной* сущности вида Homo sapiens. Нередко в конкретных ситуациях потребность в общении по своей значимости и актуальности оказывается более приоритетной и важной, чем общебиологические потребности в пище, воде и т. п., с которыми она вступает в конкуренцию. Потребность в общении — одно из серьезнейших обстоятельств и условий формирования психики человека вообще, мышления, речи и личности в особенности. Она обусловлена общественным статусом человека и, соответственно, его стремлением к общению с други-

ми людьми. Стимулируется потребность в накоплении опыта, обмене знаниями, мнением и чувствами, в связи с чем общение является процессом интегративным. Существует три стороны общения: коммуникативная — обмен информацией, интерактивная — способ взаимодействия и перцептивная — форма восприятия друг друга.

Содержанием коммуникации является обмен любой информацией — интеллектуальной, эмоциональной, эстетической и пр. Существует вербальная и невербальная коммуникация.

Вербальная коммуникация (речевое общение)

Осуществляется по определенным законам, что предполагает:

1. Партнерский тип общения. В качестве партнера по вербальной коммуникации могут выступать как вторые и третьи лица (интерперсональное, или внешнее общение), так и сам субъект, общающийся сам с собой (интраперсональное, или внутреннее общение).

2. Наличие инструмента вербального общения — языка. Формой реализации языка является речь. Использование языковых средств вербальной коммуникации относится к важнейшим видовым свойствам человека и является специфической чертой человеческого общества. ***Язык*** — выработанная в процессе исторического развития человечества система средств и знаков общения. Овладевая в процессе онтогенеза языком, человек овладевает процессом вербального общения. Таким образом, ***речь*** — **процесс вербального общения посредством языка**. Психология изучает речь, а не язык. Язык един для многих, речь строго индивидуализирована. В процессе общения человек использует лишь часть языкового богатства.

3. У речи есть ряд интегрированных в речевом потоке функций:

- функция общения — первая и главная функция речи. Это средство передачи знаний, опыта, мыслей, мнений, эмоциональных состояний, отношения к себе самому и

окружающему, а также побуждение к действию и (или) взаимодействию;

- сигнификативная (обозначающая) функция — обозначение предметов, явлений, качества, свойства, связей и т. п., что отличает речь от информационных звуков животных; последние выражают состояние животного: голод, страх, довольство, опасность, боль и т. п.;
- функция обобщения и абстрагирования — средство образования, развития и выражения мыслей, отражение существенных свойств, качеств, явлений, абстрагирование от их конкретных признаков;
- побудительная функция — инициация к действию, активности, поведению;
- указательная функция — индикативная;
- предикативная функция — высказывание, изложение мыслей;
- выразительная функция — эмоциональная сторона речи.

4. Речь и язык — специфические формы отражения реальности. Они отражают объекты, субъекты, явления, свойства, качества, взаимоотношения, реально существующие в природной, социальной среде и внутри человека, а также их связи, в том числе причинно-следственные. То, чего нет в реальности, нет в языке и речи (воображение, изобретение, реформы также отражают реальность и степень познания ее законов).

5. Язык представлен специальными речевыми знаками (символами, словами) — образами образов. Важнейшими их качествами являются: общепринятость, единственность, общеизвестность и общепонятность. Это означает, что партнеры используют при вербальной коммуникации слова, вкладывая в них определенное содержание, смысл, которые одинаково воспринимаются всеми участниками общения. Понимание диалогической речи связано еще с полисемантизмом слов, с учетом их смысла в каждом конкретном случае. Т. е. речевая диалогическая коммуникация (в отличие от аутокоммуникации) предполагает неоднозначность и неоди-

наковость использования знаков-слов, что требует, чтобы партнеры по общению принимали в расчет «смысловые поля» друг друга.

6. Вербальное общение предполагает пользование единым и понятным всем языком. Использование языка, неизвестного партнеру по общению (например, китайского в русскоязычной аудитории, мертвого языка в бытовой вербальной коммуникации), сводит общение к нулю.

7. Вербальная коммуникация диалогична и имеет два вида:

- интерперсональная, или внешнее общение — общение со вторыми или третьими лицами, конкретное или анонимное, устное или письменное;
- интраперсональная, или внутреннее общение — внутренняя речь, обращенная к самому себе.

8. Коммуникация всегда предполагает обратную связь (личностный и межличностный смысл), она всегда диалогична. Диалогичность речи требует речевых ответов, что связано с потребностью в том, чтобы партнер распознал и понял посылаемую ему информацию, осмыслил ее, дал речевой или невербальный ответ, в котором информировал бы о степени успешности распознания речевого посыла, отношении к нему, привел бы свои доводы или контрдоводы, а также проявил степень своей заинтересованности в поддержании подобного диалога.

9. Речь имеет свои собственные законы. Важнейшим из них является наличие логики. Логика — отражение реально существующих в природе и обществе связей с помощью речевых построений, интимно связанных с мышлением, его качествами, процессами.

10. Свои законы имеет и язык. Это законы филологии, в соответствии с которыми и строятся языковые конструкции. Одним из важнейших требований к языку является наличие промежутков (временных или полиграфических) между словами, которые отделяют их друг от друга.

11. Речь должна быть продуктивна.

12. Речь может быть устная и письменная, жестовая (язык глухонемых), экспрессивная (направленная вовне) и импрессивная (направленная внутрь), диалогическая и монологическая, внутренняя, в виде проговаривания про себя, средства мышления или внутреннего программирования, а также эгоцентрическая, свойственная онтогенетическому этапу развития психики ребенка, когда происходит переход от внешней речи к внутренней и ребенок как бы разговаривает сам с собой.

Невербальная коммуникация (выразительные комплексы)

Имеет следующие виды и характеристики:

1. Мимика — произвольные, координированные движения мышц лица, выражающие специфические эмоциональные ситуации, реакции, состояния, настроение и т. п.
2. Жестикуляция (пантомимика) и позы — выразительные произвольные координированные движения рук и тела, выражающие и сопровождающие соответствующие эмоции.
3. Система прикосновений (такесика).
4. Экспрессия (паралингвизмы) — темп, сила (громкость), напряженность голоса, его интонации, тембр, членораздельность.
5. Общий стиль поведения и отдельные конкретные поступки.
6. Внешний вид.
7. Условные обозначения — татуировка, траур, звездочка на погонах, и т. п.

Аутизм как психопатологический синдром

Аутизм **— синдром патологии личности, главным (существенным) проявлением которого является отсутствие или угасание (различной степени выраженности) потребности в общении.**

Его проявления — различной степени прогрессирующее исчезновение или отсутствие потребности в вербальном

и/или невербальном общении. Проявляется сочетанием трех компонентов: нарушением законов речи, нарушением законов языка, нарушением невербального общения.

Нарушение функций речи:

1. Исчезновение инициативы вербального общения. Она принадлежит партнеру по коммуникации. При этом больной ведет себя пассивно, отвечает кратко, незаинтересованно, односложно (ответы типа «да», «нет») или отказными понятиями («не помню», «не знаю»), что порой ошибочно трактуется как нарушения памяти и интеллекта. Это называется *формальным общением.*

Внешне исчезновение инициативы вербального общения проявляется малоразговорчивостью, неразговорчивостью, стремлением к одиночеству или молчанию, избеганием людей, в том числе членов семьи, дискомфортом в их присутствии, порой с чувством негодования, неприязни, ненависти.

В редких случаях возникает многоречивость, безостановочность речи, произнесение речевых построений в пространство. Главный признак — монологичность, исчезновение диалогичности, совершенная незаинтересованность в восприятии, понимании, осмыслении и ответной реакции партнера, роль и участие которого в разговоре аннигилируется. Это называется *обезличенным общением* («аутизм наоборот»).

2. Речевая интраверсия — резкое преобладание внутренних (интраперсональных) форм речи над внешними (интерперсональными) коммуникациями.

3. Грезоподобность мышления — аффективно-эмоциональные потребности и желания актуализируются в сознании больного, принимая в нем доминирующий характер (положение, место). При этом вытесняется в большей или меньшей степени реальность. Рационально-когнитивные формы психической, в первую очередь мыслительной, деятельности вытесняются, замещаясь аффективными формами мышления, мечтательности, воображения, при которых желаемое выдается и принимается за действительное, часто в неадекват-

ных, утрированных, вычурно-нелепых формах. Иллюзия решенности в действительности нерешенных проблем, осуществленности желаний, потребностей и т. д. демобилизует больного, лишает активности — ему больше ничего не надо добиваться, то, что было необходимым, — уже «свершилось». В грезоподобном мышлении исчезает временная грань — в сознании стираются различия между прошлым, настоящим и будущим. В аутистическом мышлении нет ничего невозможного или недоступного.

4. Исчезновение интуиции — способности улавливать и понимать язык жестов, взглядов, намеков, «читать между строк и подстрочник общения», улавливать желания и чувства партнера по неформальному общению, понимать, что бывают ситуации, когда «нет» означает «да» и наоборот.

5. Паралогичность речи — умопостроения (суждения, умозаключения) не отражают законов природы и общества, причинно-следственных отношений. В их основе — аффективные потребности, желания и психопатологические механизмы, в частности, опора на малый, несущественный признак. Единственная логика, движущая мышление и речь, — логика желаний, при этом больной «пренебрегает» реальностью. Все препятствующее желаниям игнорируется, отбрасывается. Нередко результатом и формой паралогичности является нарушение языковых законов.

Нарушение законов языка:

1. Неологизмы — изобретение новых слов, понятий, языковых символов, смысл и содержание которых известно только больному, или наделение общеизвестных слов, понятий никому, кроме больного, неизвестным смыслом и содержанием.

2. Символизм — наделение неких обозначений и слов несвойственным для них смыслом и содержанием.

3. Агглютинация слов (нанизывание слов) — исчезновение речевых промежутков между отдельными словами как в устной, так и в письменной речи. В связи с этим слова не

распознаются, так как речь предстает как единое неделимое и непонятное образование — «речевой поток». Часто сочетается с ускорением речи, слабым (тихим) произнесением, монотонностью, обилием слов (логореей), бормотанием. В письменной речи дополнительно отмечаются нарушения почерка, расположения текста, вычурность и необычность почерка.

4. Нарушение филологических законов языка — логическая, грамматическая разорванность, произнесение набора никак не связанных между собою слов (шизофазия).

5. Анозогнозия различной степени выраженности. Нарушения вербального общения приводят к тому, что снижается или исчезает продуктивность речи, нарастает ее непонятность. Это приводит к затруднениям в вербальной коммуникации или вообще делает ее невозможной. Больной теряет способность выполнять законы и требования общества, становится неприспособленным, дезадаптированным.

Нарушения невербального общения:

1. Гипо- и амимия. Выражение лица бесстрастное, «нечитаемое». Взгляд обращен в пространство или «сквозь» партнера по общению.

2. Угасание и исчезновение жестикуляции. Однообразие и вялость позы, отсутствие синхронных содружественных походке движений руками.

3. Исчезновение экспрессии речи. Она становится монотонной, однообразной, бесстрастной, тихой.

4. Неряшливость, печать запущенности во внешнем облике.

5. Стереотипность поведения. Сглаживается индивидуальность, отмечается угловатость движений, походки, моторная неловкость.

Аутизм относится к основным (обязательным) симптомам шизофрении. Может встречаться при шизоидной психопатии и психопатизации (шизотипальные расстройства личности).

3.3. СИНДРОМЫ НЕГАТИВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Негативные психопатологические синдромы — патологические состояния, основной характеристикой которых являются симптомы ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на различных ее уровнях, т. е. психический дефект (*рис. 26*).



Рис. 26. **Психический дефект**

Психический дефект — это стойкая, малообратимая недостаточность, неполноценность интеллектуальных функций

(о психологии интеллекта см. выше) или снижение уровня личности в целом, имеющие врожденный или приобретенный характер. Понятие *«психический дефект»* шире, чем понятие *«слабоумие»*, так как включает не только признаки интеллектуальной недостаточности, но и ущерб, изъян эмоционально-волевых качеств и снижение уровня личности в целом. Степень выраженности психического дефекта может варьировать в широких пределах. Так, он может быть связан со снижением уровня личности без формальных признаков нарушения интеллекта, с недостаточностью интеллекта, его снижением, но при достаточной сохранности основных преморбидных свойств, а также проявляется сочетанием дефицита и личности, и интеллекта.

3.3.1. Врожденный психический дефект (олигофрения)

Стойкое, малообратимое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга. Наряду с интеллектуальной недостаточностью всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики и всей личности в целом. По степени выраженности олигофрения как синдром делится на дебильность, имбецильность, идиотию.

3.3.1.1. Дебильность

Легкая форма олигофрении, при которой в первую очередь страдает абстрактно-логическое мышление с сохранением конкретно-образного, затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным. Неполноценны интеллектуальные операции,

такие как сложные формы обобщения, анализа и синтеза, классификации, абстрагирования, сравнений. Не получают должного развития свойства и качества ума: широта, глубина, самостоятельность, доказательность, логичность, гибкость, критичность. Степень снижения предпосылок интеллекта может быть различной. При удовлетворительном внимании и сохранной механической памяти, возможно, больной накапливает достаточный запас знаний, навыков чтения, письма, счета, приобретает рабочую специальность. Психический «инвентарь» скуден. Словарный запас и объем знаний не соответствуют возрастной норме.

3.3.1.2. Имбецильность

Выраженная степень олигофрении, основными чертами которой являются полная невозможность абстрактного мышления, а также затруднения в сфере конкретно-образного. Проведение логических операций практически невозможно, понимание различий между предметами и явлениями доступно только в пределах конкретного. Суждения крайне бедны, несамостоятельны, многие из них являются следствием простого подражания. Предпосылки интеллекта страдают грубо, хотя в некоторых случаях встречается удовлетворительная механическая память. Сохраняется способность к формированию элементарной устной речи, однако словарный запас резко ограничен. Для речи характерны аграмматизмы, дефекты произношения. Возможно приобретение навыков самообслуживания и элементарных видов труда на основе способности к образованию автоматизированных навыков и умений.

3.3.1.3. Идиотия

Глубокая степень олигофрении, характеризующаяся полным отсутствием всех видов понятийного мышления, с частичным сохранением наглядно-действенного. При этом

уменьшается объем реагирования, который в основном ограничивается рамками физиологических потребностей. Ощущения сохраняются, но восприятия неполноценны из-за резкого нарушения внимания и невозможности проведения необходимых умственных операций. Речепроизводство и речепонимание фактически отсутствуют. Возможно произнесение нечленораздельных звуков и отдельных слов в порядке подражания. Больной воспринимает интонацию, когда с ним говорят. Деятельность крайне стереотипна и ограничена либо инстинктивными автоматизированными актами, либо непосредственными элементарными двигательными реакциями на раздражители, являющиеся биологически значимыми. Пациенты ведут преимущественно вегетативный образ жизни, нуждаются в обслуживании.

Дебильность, имбецильность и идиотия встречаются при заболеваниях различной природы. Это может быть генетическая патология (хромосомная, моногенная, с наследственным предрасположением). Наблюдаются при внутриутробном повреждении головного мозга в результате гипоксии, травм, инфекций, интоксикаций у матери. К олигофрении может привести и перинатальная патология (родовые асфиксия, травма, инфекция), а также постнатальные вредности, действовавшие на мозг до трехлетнего возраста (менингиты, энцефалиты, интоксикации, травмы).

3.3.2. Приобретенный психический дефект

Приобретенный психический дефект может включать в себя преимущественно личностные, интеллектуальные негативные расстройства или их сочетание. В зависимости от удельного веса общеличностных или собственно интеллектульных расстройств состояния приобретенного психического дефекта могут быть разделены на три группы (см. рис. 26). *В первую группу* включены дефекты, определяемые преиму-

щественно личностными расстройствами. *Ко второй группе* относятся глубокие личностные дефекты, сопровождающиеся признаками интеллектуальной недостаточности. *Третья группа* объединяет наиболее глубокие приобретенные психические дефекты, в которых на первый план выступает значительное интеллектуальное снижение (деменция).

Деменция (слабоумие) — **стойкое, малообратимое снижение преимущественно интеллектуальной деятельности, которая связана с патологией головного мозга, возникшей после трехлетнего возраста.** Слабоумие по своей природе всегда необратимо, так как является отражением органического повреждения головного мозга. Оно бывает связано с нарушением предпосылок интеллекта, собственно интеллекта, психического «инвентаря» и экстраинтеллектуальных процессов (эмоционально-волевая сфера).

По структуре и глубине поражения интеллекта деменция разделяется на лакунарную и глобарную.

Лакунарная деменция — **вид слабоумия, при котором в первую очередь поражаются память и внимание.** Она характеризуется неравномерностью поражения психических процессов, «мерцанием» симптоматики, проявляющимся иногда в течение довольно короткого времени. Сохраняется ряд свойств собственно интеллекта, в первую очередь критичность, и наиболее длительно основные свойства личности.

Глобарная деменция — **вид слабоумия, при котором первично страдают наиболее сложные и дифференцированные свойства собственно интеллекта.** Типичным является нарушение таких качеств и свойств ума, как логичность, доказательность, самостоятельность, пытливость, оригинальность, находчивость, широта, глубина, продуктивность. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим критерием глобарной деменции, позволяющим отличать ее от лакунарной, является некритическое отношение больного к своему дефекту. При некоторых прогрессирующих заболеваниях головного мозга она развивается после этапа лакунарной деменции.

По характеру течения выделяют три типа деменции: прогредиентную, стационарную и относительную регредиентную.

Для *прогредиентного* течения обязательными являются необратимость и дальнейшее нарастание интеллектуальной недостаточности, имеющее определенную последовательность. Прежде всего страдает творческое мышление, затем — способность к абстрактным рассуждениям, в последнюю очередь отмечается невозможность выполнения простых задач в рамках «практического» интеллекта.

При *стационарном* течении недостаточность интеллекта носит стабильный характер. Нет признаков утяжеления, прогрессирования деменции.

При ряде заболеваний может иметь место *относительная регредиентность* деменции. Это связано с тем, что нарушения предпосылок интеллекта и экстраинтеллектуальных процессов носят функциональный характер, обратимы и при их исчезновении создается впечатление уменьшения степени деменции. Однако этот регресс не касается собственно интеллектуальных нарушений, являющихся следствием органического деструктивного поражения головного мозга («органическое ядро» деменции).

По тяжести негативной симптоматики выделяют десять уровней приобретенного психического дефекта.

3.3.2.1. Истощаемость психической деятельности

При сохранности задатков личности нарушается проявление качественных и количественных ее сторон. Это происходит в силу возникающей психической и физической слабости, заметного падения работоспособности. Отмечается несоответствие глубины и длительности психической истощаемости сравнительно небольшой умственной и физической нагрузке. Изменяются и основные свойства темперамента — несколько сни-

жаются реактивность, сенситивность, активность и эмоциональная возбудимость, замедляется темп реакций, увеличивается степень ригидности и интроверсии, а пластичность и экстравертированность уменьшаются. Основные свойства характера сохраняются, но несколько затруднены их дифференцированные индивидуальные проявления. Ослабевают твердость и активность характера. Это связано с некоторым падением интереса к окружающему, снижением уровня потребностей, мотивов деятельности. Возникает субъективное ощущение скуки, усталости, вялости, иногда повышенной сонливости. Негативные расстройства данного уровня существенно не нарушают социальную адаптацию личности в условиях привычного для нее жизненного стереотипа. В его рамках прежнее исполнение ролей и применение масок сохранены, тогда как усвоение новых затруднено. В связи с этим больные стараются избежать ситуаций, резко меняющих жизненный стереотип. Степень выраженности расстройств такова, что окружающим они незаметны, а сами больные воспринимают их как ситуационные или обусловленные соматическим неблагополучием.

3.3.2.2. Субъективно осознаваемая измененность «Я»

Задатки, способности, предпосылки интеллекта и протекание интеллектуальных процессов формально сохранены. Нарастающие изменения касаются в основном проявлений темперамента и характера. Затрудняются автоматизированное использование интеллектуальных достижений и приобретение новых. В одних случаях еще более падает интенсивность психической реактивности, сенситивности, замедляется темп психических реакций, падает активность, эмоциональная возбудимость и пластичность, нарастает ригидность, усиливается интроверсия, появляется рефлексия. В других случаях на фоне умеренного снижения активности, усиления ригидности отмечается рост эмоциональной возбудимости, реактивности,

сенситивности. При внешней сохранности индивидуальных проявлений характера возникают субъективно ощущаемые затруднения в самопроизвольности их выражения, их дезавтоматизация. То, что ранее происходило произвольно, как бы само собой, теперь вызывает затруднения, требует обдумывания, самоконтроля. Осознаются затруднения в организации общения, «дезавтоматизация» коммуникации, уменьшается творческая заинтересованность при сохранении объективных признаков социальной активности и продуктивности (работа через силу), возникает пессимистическая оценка своих качеств, нарастают застенчивость и обидчивость, отмечаются самокопание, рефлексия. В общем складе характера личности несколько нарушаются пластичность, устойчивость, твердость, активность, в определенной степени страдает целостность характера, появляется незначительная отгороженность. Направленность личности существенно не меняется, однако ее реализация затруднена. Набор ролей и масок почти не меняется, тогда как их исполнение и применение требуют от больных значительного интеллектуального и эмоционального напряжения. Для обеспечения своего прежнего социального статуса они прилагают большие усилия и субъективно это осознают. Особенно наглядно личностная недостаточность такого рода проявляется в ситуациях, требующих эмоционального напряжения. В силу этого больные сознательно избегают их. Одни из них никаких активных усилий для коррекции осознаваемых изменений личности не предпринимают (пассивная реакция констатации), другие прибегают к утрированным или патологическим формам компенсации — неумеренное занятие спортом, необычные хобби, алкоголизация, наркотизация и т. п.

3.3.2.3. Объективно определяемые изменения личности

На этом уровне возникает и в дальнейшем (от уровня к уровню) нарастает утрата преморбидных индивидуальных

свойств темперамента и черт характера. В одних случаях происходит заострение преморбидных черт темперамента и характера, появляются признаки социальной дезадаптации. В других нарастающие изменения темперамента и характера связаны с возникновением в структуре личности несвойственных ей прежде черт. Изменения личности при этом могут походить на одно из психопатических состояний. В таком случае они называются психопатоподобными. В отличие от психопатий при психопатоподобных синдромах социальная декомпенсация и нарушения в сфере межличностных отношений возникают в ситуациях, которые ранее были для больного привычными и индифферентными. Возникает аутистическая направленность. Больные ограничивают контакты с лицами своего окружения, заметно теряют заинтересованность. Личностная несостоятельность при этом обнаруживается не только в ситуациях, требующих душевного напряжения, гибкости, пластичности, но и в условиях обычного, привычного жизненного стереотипа. При формальной сохранности задатков, интеллектуальных и профессиональных навыков и способностей в определенной степени сглаживаются, нивелируются их индивидуальные черты. Больные теряют способность тонко оценивать свое положение в семье, обществе. Появляются и объективно определяются такие новые свойства, как подчиняемость, конформность. Больные охотно принимают опеку, руководство со стороны родных и близких. При заметном обеднении побуждений и сужении круга интересов жизнь их начинает приобретать монотонный и однообразный характер. Творческий потенциал обычной деятельности заметно снижается. В ряде случаев в проявлениях темперамента нарастают и становятся чрезмерными реактивность, сенситивность, эмоциональная возбудимость со склонностью к эксплазивным вспышкам, заметно усиливается ригидность. Отмечаются «сверхсоциальность», утрированные добросовестность, прилежание, педантизм, пунктуальность, чрезмерная аккуратность. Степень

выраженности этих изменений такова, что приводит к снижению социальной активности и продуктивности.

3.3.2.4. Дисгармония личности (включая шизоидизацию)

Характеризуется формальной сохранностью задатков и способностей. Однако они теряют свою социальную значимость в силу выраженной диспропорции между отдельными компонентами темперамента, характера, потребностей и мотивов деятельности личности. Это может проявляться чрезмерно повышенной ранимостью, эмоциональной возбудимостью, сенситивностью, лабильностью темпа реакций личности, часто сочетающимися с утрированной экстраверсией и ригидностью. Мышление становится аффективным. В других случаях может отмечаться снижение количественных параметров темперамента, что обычно сочетается с подчеркнутой интроверсией. Значительно нарушаются целостность, глубина, сила, устойчивость, пластичность свойств характера, что внешне проявляется в изменении ранее присущих человеку отношений к самому себе, людям, коллективу, труду, вещам. Снижаются уровень и выраженность потребностей, наблюдается регресс мотивов деятельности. Объективно падает социальная активность и продуктивность.

В рамках шизоидизации дисгармония личности проявляется усиливающейся интровертированностью, нелюдимостью, отгороженностью, утратой духовной связи с людьми, интереса к общественной жизни, рефлексией. Наступающее обеднение аффективности сочетается с появлением эмоциональной хрупкости, ранимости (симптом «стекла и дерева»). Нарушаются связи сознания «Я» и реального мира в силу усиливающейся рационалистичности, схематичности мышления, разрыва его с реальными отношениями. Нарастают стереотипность поведения, его ригидность, иногда с утрированной педантичностью. Утрачиваются психическая гибкость, плас-

тичность. Активность личности значительно снижается. Углубляется пассивная подчиняемость жизненным обстоятельствам. Нарушается интегрированность высших и низших влечений с регрессом мотивов деятельности до эгоистически- утилитарных или гедонических. В ряде случаев коренным образом изменяется мировоззрение. Например, убежденный атеист становится глубоко верующим человеком.

3.3.2.5. Снижение энергетического потенциала

Свидетельствует о еще более глубоких негативных изменениях в структуре личности. Оно выражается в объективно определяемой существенной редукции психической активности, продуктивности, значительном затруднении в активном использовании имеющегося объема знаний. При формальной сохранности предпосылок интеллекта дальнейшее обогащение его становится почти невозможным. Основные свойства темперамента претерпевают выраженную редукцию: значительно падает реактивность, сенситивность, активность, эмоциональная возбудимость. Преобладающими становятся ригидность и интроверсия. Изменения характера и направленности личности становятся столь выраженными, что начинают сказываться на отношении больного к самому себе, людям, труду. Данные изменения не корригируются и адекватно больными не воспринимаются. Признаки аутизации и обеднения эмоциональной сферы достигают значительной выраженности. Еще более снижается потребность в общении. Больные становятся замкнутыми, скрытными, молчаливыми. Утрачивается интерес к окружающему, работе, творчеству. Эмоциональные реакции теряют свою дифференцированность (эмоциональная нивелировка), становятся тусклыми, неглубокими. Развиваются черствость, эгоистичность, эмоциональная холодность, нередко — жестокость. Вся психическая деятельность приобретает однообразный,

стереотипный характер и сопровождается дальнейшим регрессом ее мотивов.

Одна группа больных становится апатичной, равнодушной, не реагирует на свою измененность, у них отмечаются чудачества и странности, расстройства моторики в виде угловатости, отсутствия пластичности движений, некоторой гипокинезии. В другой группе больных на фоне снижения интересов и изменения их направленности, в основном на свое здоровье, развиваются выраженный эгоцентризм и полярность в проявлениях темперамента и характера. Наряду со слащавостью, угодливостью, подобострастием они обнаруживают злобность, мстительность, «застревают» на аффектах. Появившиеся ранее педантизм, пунктуальность, чрезмерная аккуратность приобретают карикатурный характер. Все эти изменения приводят к стойкой социальной декомпенсации. Больные утрачивают творческие способности, значительно снижается их профессиональная квалификация.

Для второй группы состояний приобретенного психического дефекта характерна такая степень выраженности личностной патологии, что нарушается реализация задатков, способностей и интеллектуальных достижений (знаний, опыта, навыков) без их формальной утраты.

3.3.2.6. Снижение уровня личности

Более глубокие негативные изменения. Наряду с нарастанием признаков падения энергетического потенциала и социальной дезадаптации наблюдается выраженная нивелировка индивидуальных личностных черт. Качественные и количественные изменения общих и индивидуальных параметров темперамента, характера и направленности личности столь значительны, что она теряет свой индивидуальный облик. Интересы ограничиваются утилитарными и гедоническими потребностями.

В одних случаях прогрессивно нарастающее эмоционально-волевое снижение приобретает такую выраженность, что может быть определено как гипобулия и апатия. Больные

производят впечатление людей с выраженной недостаточностью интеллектуально-мнестической функции. Однако при направленном обследовании выявляется достаточная формальная сохранность интеллекта. Его продуктивное использование нарушено за счет патологии экстраинтеллектуальных качеств — негативных расстройств в эмоционально-волевой сфере. Мышление приобретает черты выхолощенности, оторванности от реальности, становится витиеватым, обнаруживаются признаки соскальзывания, резонерства, элементы разноплановости, аморфности, паралогичности и символизма, и мышление становится стойко непродуктивным.

В других случаях снижение уровня личности связано с резким возрастанием эгоистически-утилитарных интересов, усилением полярности личностных проявлений, застреваемости на аффектах, приобретающих характер эксплозивности и брутальности. Четко обнаруживаются формальные интеллектуально-мнестические нарушения в виде торпидности мышления, детализации, нарушения запоминания, ретенции и репродукции, расстройства активного внимания в виде истощаемости, затруднения переключения и тугоподвижности. Продуктивность мышления существенно страдает, больной недостаточно критично оценивает свое состояние. Это дает основание определить у него начальные признаки глобарного слабоумия. В ряде случаев общие признаки снижения уровня личности сочетаются с выраженной астенией, гипобулией, доходящей до степени аспонтанности. Объективно определяются признаки нарушения предпосылок интеллекта, субъективно осознаваемые больным (лакунарная деменция). У некоторых больных негативная личностная симптоматика этого уровня сочетается с благодушно-беспечным настроением и недоосмыслением нарастающих интеллектуально-мнестических расстройств.

3.3.2.7. Регресс личности

Свидетельствует о наступившем распаде ее индивидуальной структуры. Он имеет различные клинические формы, основ-

ные отличительные особенности которых достаточно четко определяются на предыдущем уровне негативных расстройств.

При одной из форм наблюдается почти полное равнодушие, безразличие к окружающему, что проявляется в отсутствии эмоциональных реакций на любые психические раздражители (апатия). Резко падает интенсивность волевого процесса на всех его этапах. Внешне это выражается в значительном сужении объема активных целенаправленных волевых действий (абулия) или в почти полном их отсутствии. Больные обнаруживают полную несостоятельность не только в профессиональном отношении, но и в практической жизни и находятся на попечении родственников. Такая форма негативных расстройств соответствует апатико-абулическому синдрому. Наряду с апатией и абулией отмечаются причудливость, необычность и вычурность моторики и поведения. Исчезают гармоничность и пластичность движений.

При другой форме регресса личности в клинической картине преобладают крайняя взрывчатость, брутальность, выраженная аффективная лабильность, отмечается склонность к кверулянтским и примитивно рентным тенденциям. Обнаруживается значительное снижение интеллектуально-мнестических функций. Критическое отношение к этим расстройствам у больного отсутствует. В ряде случаев на первый план выступают беспечность, благодушие, бестактность с невозможностью осмысления в полной мере бытовых ситуаций, расстройства памяти, расторможенность низших влечений с утратой морально-этических норм поведения.

3.3.2.8. Амнестические расстройства

Поражение предпосылок интеллекта, в первую очередь памяти. Высшие интеллектуальные функции при этом страдают вторично. Нарушения памяти проявляются в основном гипомнезиями, степень выраженности которых может нарастать. Наблюдаются сниженная работоспособность, повышенные

утомляемость, истощаемость и отвлекаемость внимания. Эти расстройства могут иметь «мерцающий» характер. Данное психопатологическое состояние по своему содержанию совпадает с лакунарной деменцией. Одной из главных его отличительных особенностей является относительно длительная сохранность основных личностных свойств. Долгое время не обнаруживается нарушений в сфере морально-этических качеств. У больных сохраняется критическое отношение к интеллектуально-мнестическим расстройствам. Однако при этом встречаются заострение преморбидных свойств темперамента и характера и появление несвойственных черт: раздражительности, аффективной неустойчивости, ослабления контроля над аффективностью, истощаемости волевых побуждений. В ряде случаев у амнестических расстройств отмечается прогрессирующее течение. Такой вариант описан ранее.

3.3.2.9. Тотальное слабоумие (глобарная деменция)

На первый план выступают грубые нарушения высших и дифференцированных интеллектуальных функций: осмысления, адекватного оперирования понятиями, способности к правильным суждениям и умозаключениям, обобщению, ограничению, классификации, делению и т. д. Мышление становится непродуктивным. Дефекты интеллекта, его предпосылок и психического «инвентаря» относительно равномерны, при этом отмечаются грубые нарушения критичности и выраженные изменения личностных свойств. В плане синдромологических особенностей слабоумие делится на следующие виды (Блейхер В.М., 1976):

Простое слабоумие. Его структура целиком представлена негативными расстройствами в сфере интеллектуально-мнестических функций в сочетании с признаками регресса личности различной степени выраженности.

Психопатоподобное слабоумие. В его структуре значительное место занимают выраженные изменения личности либо в

виде утрированного заострения преморбидных особенностей, либо в виде появления новых аномальных (психопатоподобных) черт характера, развивающихся в связи с патологическим церебральным процессом.

Галлюцинаторно-параноидное слабоумие. С признаками деменции сочетаются галлюцинации и бред, тесно связанные с особенностями деструктивного поражения головного мозга, его локализацией, структурой и степенью выраженности негативной симптоматики. По мере нарастания негативных расстройств продуктивные редуцируются, фрагментируются и исчезают.

Амнестически-парамнестическое слабоумие. Его симптоматика соответствует корсаковскому синдрому. Последний представляет собой единство негативных и продуктивных симптомов, соотношение которых может быть различным. Возникает на отдаленных этапах прогрессирующей амнезии.

Паралитическое слабоумие. Грубый интеллектуальный дефект, сочетающийся с эйфорией, выраженными расстройствами памяти и паралитическими конфабуляциями. В его структуру входят бред и бредоподобные высказывания с переоценкой собственной личности, достигающие нередко степени нелепого бреда величия. Типичной чертой этого слабоумия является выраженная истощаемость психической деятельности. Паралитический синдром встречается только при прогрессивном параличе. При других заболеваниях (сифилис мозга, опухоль мозга, травматическая болезнь, алкогольная энцефалопатия) он носит название псевдопаралитического.

Асемическое слабоумие. Сочетает в себе признаки деменции и симптомы очагового выпадения корковой деятельности — афазию, агнозию, апраксию, алексию, аграфию, акалькулию.

3.3.2.10. Психический маразм

Наиболее тяжелый вид негативных расстройств, психического дефекта. Он отличается полным распадом психи-

ческой деятельности, утратой возможности контакта с окружающими, полным исчезновением интересов и побуждений к деятельности. Как правило, маразм является заключительной стадией грубо прогредиентных ослабоумливающих процессов (терминальное слабоумие). В таком случае ему предшествуют другие формы деменции, особенности которых на этом уровне сглаживаются. Такое состояние обычно сочетается с признаками общего маразма — физическое истощение, трофические расстройства, появление пролежней, дистрофии внутренних органов.

Негативные расстройства наблюдаются при большом числе психических заболеваний. При этом каждой нозологической форме соответствует свой, максимально достижимый уровень негативной симптоматики.

Так, при маниакально-депрессивном психозе наблюдаются истощаемость психической деятельности или субъективно осознаваемые изменения «Я», но не более. Шизофрения при своем полном развитии достигает лишь седьмого уровня психического дефекта — регресс личности, но может остановиться и на более низком. Нередко в литературе встречаются термины «шизофреническое слабоумие», «шизофреническая деменция». Их выделение во многом условно, так как не соответствует таким критериям глобарного слабоумия, как наличие грубого органического повреждения головного мозга, необратимость интеллектуального дефекта, равномерность поражения интеллектуальных функций. В то же время такие клинические признаки, как грубая некритичность, нарушение доказательности, интеллектуальная непродуктивность, регресс личности сближают эти состояния с глобарным слабоумием.

Негативные расстройства при эпилепсии могут захватить девятый уровень негативных расстройств (тотальное слабоумие), которое имеет черты специфичности и называется эпилептической деменцией. Его основными чертами являются

вязкость мышления, общее замедление психических процессов (брадифрения), инертность, прогрессирующее оскудение речи (олигофазия). В речи начинают преобладать шаблонные обороты, произносимые поучительным тоном с неуместной патетичностью. Высказывания неглубоки, бедны по содержанию и построены на банальных ассоциациях. Рассуждения связаны с конкретной ситуацией, от которой им трудно отвлечься. Расстройства памяти — характерный признак эпилептического слабоумия. В его структуру входят типичные аффективно-личностные изменения: интересы сосредоточиваются на эгоистически-утилитарных потребностях. В личностных реакциях проявляется полярность эмоционально-волевой сферы: застреваемость и торпидность аффектов сочетаются со взрывчатостью, умилительность, слащавость — со злобностью.

Непрогрессирующие органические поражения головного мозга (травмы, менингоэнцефалиты, алкогольные, промышленные, бытовые и иные отравления, странгуляционная асфиксия) имеют еще более широкий спектр возможных негативных расстройств — от истощаемости психической деятельности до тотального слабоумия (девятый уровень).

Прогрессирующие органические заболевания головного мозга с его деструкцией: атрофические (сенильные и пресенильные деменции), дегенеративные процессы (лейкодистрофии), многие наследственные энзимопатии (гепатолентикулярная дегенерация, амавротическая идиотия и др.), сосудистые болезни мозга (церебральные атеросклероз и эндартериит), прогрессирующие внутричерепные инфекции (прогрессивный паралич, текущие энцефалиты) могут привести к психическому маразму (десятый уровень).

4 ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

В психопатологии детского и подросткового возраста находят свое отражение, с одной стороны, общие закономерности возникновения и развития психических расстройств, а с другой — онтогенетические особенности организма, головного мозга и психики, соответствующие определенному возрастному периоду.

Онтогенез (общий) — индивидуальное развитие человека от момента оплодотворения до момента смерти. Важнейшая составная часть общего онтогенеза — онтогенез психический. Эволюционно-возрастные особенности психического развития человека в значительной степени коррелируют с морфофункциональным онтогенезом головного мозга. Важнейшей особенностью развития и созревания структур и функций последнего (как, впрочем, и всего организма), является гетерохрония — непрерывность, сочетающаяся с неравномерностью и разновременностью этого процесса в отдельных структурах головного мозга. Их развитие и дифференциация приходятся на различные возрастные периоды жизни, называемые критическими. В свою очередь, это как бы в «снятом виде» отражается на развитии психики как в норме, так и при психической патологии. В возрастные кризы нарушаются относительное структурное, физиологическое и психическое равновесие. Именно в такие периоды возрастает риск возникновения психических расстройств, прояв-

ляющихся специфическими возрастными психопатологическими состояниями. Последние за счет этого приобретают как бы тропность, предпочтительность к определенному возрасту. К таким синдромам относятся: синдром невропатии, детского аутизма, гипердинамический, детских патологических страхов, дисморфомании, нервной анорексии, психического инфантилизма, гебоидности.

4.1. СИНДРОМ НЕВРОПАТИИ

Невропатия — это синдром «конституциональной» или врожденной детской «нервности», возникающий примерно до 3-летнего возраста. Он характеризуется незрелостью регуляции висцеровегетативных функций, проявляется в первичных нарушениях сна, аппетита, диспепсических явлениях, колебаниях температуры, тахикардией, тахипноэ, одышкой, склонностью к аллергическим реакциям, метеотропностью, чувствительностью к изменению условий кормления в сочетании с повышенной нервно-психической возбудимостью, реакциями на внешние раздражители в виде аффективно-респираторных приступов, капризности, пугливости.

Первые проявления данного синдрома можно диагностировать уже в грудном возрасте в виде соматовегетативных расстройств: инверсии сна, частых срыгиваний, колебаний температуры до субфебрильной, гипергидроза. С возрастом на первый план постепенно начинают выходить элементы эмоционально-гиперэстетических расстройств как следствия психогенных и экзогенных воздействий. Отмечается частый и длительный плач. Довольно распространенным симптомом является так называемое «закатывание», когда на психогенный раздражитель возникает реакция недовольства, связанная с обидой и сопровождаемая гневом и криком, что приводит к аффективно-респираторному приступу: на высоте

выдоха возникает тоническое напряжение мышц гортани, происходит остановка дыхания, лицо бледнеет, затем проявляется акроцианоз. Возможно даже кратковременное выключение сознания и отдельные клонические судороги. Длительность — от нескольких до десятков секунд. Заканчивается глубоким вдохом. При синдроме невропатии дети склонны к повышенной общей и вегетативной возбудимости.

Синдром невропатии **чаще всего встречается при резидуально-органических нервно-психических расстройствах и невротических реакциях. С возрастом его проявления могут сглаживаться, но служат благоприятной почвой для развития более сложных невротических и неврозоподобных синдромов. При ранней детской шизофрении синдром невропатии, как правило, сочетается с диссоциацией психических процессов.**

4.2. СИНДРОМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Синдром детского аутизма (раннего детского аутизма, Каннера) — вариант психофизического дизонтогенеза (асинхронии), проявляющийся дисгармоничным психическим развитием, при котором наблюдается сочетание опережающего развития одних психических функций и свойств и отставание развития других. Детский аутизм проявляется уже в раннем возрасте, с рождения искаженным диспропорциональным развитием психики, характеризующимся нарушением коммуникативного поведения преимущественно на уровне социальной перцепции, и своеобразными задержками психического развития. У мальчиков данное расстройство встречается в 3—4 раза чаще, чем у девочек.

Характерные для детского аутизма специфические психические расстройства возникают, развиваются и трансформируются по мере психического развития ребенка.

Ведущие симптомы — выраженные трудности установления отношений с людьми с начала жизни; слабость эмоционального реагирования; стереотипный и аутистический характер игр; боязнь изменения обстановки, новизны. Обязательные симптомы — страхи (фобии), нарушения сна и приема пищи. Дополнительные симптомы — хорошая механическая память, агрессивное и аутоагрессивное поведение.

При детском аутизме могут встречаться любые уровни умственного развития.

Симптоматика проявляется практически с первого года жизни в виде крайней отгороженности от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными.

Синдром детского аутизма включает:

1. Отгороженность — недостаток, вплоть до полного отсутствия потребности в общении, активное стремление к одиночеству, боязнь телефона (звонки, разговоры).

2. Часто опережающее развитие речи в сочетании с нарушением коммуникативных свойств:

- неплохого развития «автономной речи» — разговор с самим собой, проговаривание о себе в третьем лице;
- склонность к вопросам и неспособность к ответам;
- хорошая память, особенно на ритмическую информацию (музыка, песни, стихи, счет); при этом неплохо воспроизводятся стихи и песни, но по каким-то внутренним закономерностям, «сами по себе», а не в ответ на просьбы и задания;
- избирательное стереотипное использование (часто невпопад) или выкрикивание отдельных слов и словосочетаний, нередко сложных («электрификация», «квант» и пр.) или многократное повторение вопросов («что такое жизнь?»);
- патологические формы речи: эхолалии, фонография — отставленное дословное повторение ранее услышанного, неологизмы, вычурное скандированное рифмование, ис-

пользование местоимений и глаголов во втором и третьем лице применительно к себе.

3. Обращенность речи в пространство, к самому себе, ее монологичность, неестественная модулированность.

4. Слабость эмоционального реагирования («эмоциональная блокада»). Эмпатия, привязчивость заменяются симбиотической зависимостью от близких, тогда как на самом деле они к ним безразличны и равнодушны. Это обнаруживается у ребенка уже в грудном возрасте: отсутствует реакция оживления при контакте с матерью и поза готовности при взятии на руки.

5. Протодиэкризис — невозможность дифференцировать людей, другие одушевленные и неодушевленные объекты.

6. Недостаточность и отставленность реакций на зрительные и слуховые раздражители, стимулы, обращения; при этом ребенок вначале ведет себя как глухой и слепой, а через промежуток времени следует ответ, позволяющий понять, что стимул был воспринят и осознан правильно.

7. Симптом тождества — приверженность к сохранению неизмененности, стабильности и однотипности ситуации, боязнь нового (неофобия), противодействие переодеванию и пр.

8. Однообразие поведения со склонностью к двигательным стереотипиям (подпрыгивания, раскачивания, похлопывания себя по бокам, ушам и т. д., вращения рук и т. п.).

9. Непереносимость взгляда, взгляд «мимо» собеседника.

10. Однообразие неролевых аутистических игр, часто заключающихся в стереотипных манипуляциях с неигровыми предметами (гайками, посудой, веревками и т. п.) или игрушками, используемыми не по назначению.

11. Задержка и нарушения формирования моторных навыков; угловатость движений, неуклюжесть, отсутствие содружественных движений (например, движений руками при ходьбе), склонность к стереотипным регрессивным движе-

ниям (ходьба на цыпочках, трудности при подъеме по лестнице и спуске с нее), трудности в освоении навыков самообслуживания.

12. Нарушение навыков опрятности — недержание мочи, кала как днем, так и ночью.

13. Патологические привычные действия: яктация, онихофагия, сосание пальцев, и т. п.

Трудности адаптации в микросоциальной среде ведут к тому, что последняя становится источником эмоционального дискомфорта, угрозы и нарастающего эмоционального напряжения. На этой почве возникают «страхи», которые, как правило, сохраняются годами. Ребенок формируется в отрыве от реальности, мир воспринимается им на основании отдельных аффективно значимых признаков, а не целостно. Поведение, интересы, активность носят «удобный» стереотипный характер. А это, в свою очередь, проявляется стремлением устанавливать жесткий порядок в повседневной жизни и всячески противиться его изменению (неофобия). В более старшем возрасте при детском аутизме проявляется дефицит спонтанности, инициативы, творчества даже тогда, когда выполнение задач по силам.

Синдром детского аутизма **встречается при: болезни Каннера как ядерном варианте раннего детского аутизма; детской шизофрении, где имеет определенные особенности, в виде диссоциации психических процессов; синдроме Аспергера, который на сегодняшний день еще не имеет нозологической самостоятельности и при котором нет общей задержки в речевом и когнитивном развитии.**

4.3. ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гипердинамический синдром — синдром психомоторной расторможенности — возникает преимущественно в возрас-

те от 3 до 7 лет и проявляется чрезмерной подвижностью, неусидчивостью, суетливостью, несобранностью, приводящими к нарушению адаптации.

Ведущие симптомы: слабость торможения, двигательная расторможенность, неусидчивость, повышенная возбудимость, слабость торможения. Обязательные симптомы: неустойчивость внимания, отвлекаемость, повышенная истощаемость, различной степени выраженности нарушение целенаправленной деятельности. Дополнительные симптомы: тики и другие гиперкинезы, импульсивные действия, проявления инфантилизма, задержки моторного и психического развития.

Данный синдром является специфическим для психомоторного уровня патологического нервно-психического реагирования. Встречается в несколько раз чаще у мальчиков, чем у девочек. Первые признаки данного синдрома проявляются в дошкольном возрасте, однако до поступления в школу их порой бывает трудно распознать вследствие разнообразных вариантов нормы. Только крайние уровни гиперактивности должны вести к диагнозу у детей дошкольного возраста. Чрезмерная активность приводит к слабо дифференцированному поведению, нарушению внимания и отсутствию упорства при выполнении задач. Эти нарушения должны выявляться более чем в одной ситуации (например дома, в классе, в больнице).

Гипердинамический синдром **чаще всего встречается при резидуально-органических нервно-психических заболеваниях. Считается также, что конституциональные нарушения играют решающую роль в генезе этих проявлений, но данные о специфической этиологии пока отсутствуют. Острое начало гиперактивного поведения у ребенка может встречаться при некоторых видах реактивных состояний, маниакальных расстройств, шизофрении или неврологической патологии. Последствием гипердинамического синдрома может быть задержка психического развития.**

4.4. СИНДРОМ ДЕТСКИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СТРАХОВ

Синдром детских патологических страхов — синдром, характеризующийся различными (в зависимости от механизмов, времени возникновения и особенностей проявления) страхами, возникающими без психологической и ситуационной обоснованности и проявляющимися чрезмерной интенсивностью и длительностью, не соответствующей силе и значимости вызвавшей ее причины. Синдром детских патологических страхов относится к онтогенетически связанным психопатологическим состояниям. Они могут возникать при различных психических заболеваниях с раннего возраста, однако психопатологическую очерченность, как правило, приобретают к концу дошкольного периода, начиная с 6—7 лет, что, вероятно, связано с началом формирования у ребенка самосознания и появлением элементарной способности к самооценке субъективных переживаний.

Выделяют пять форм страхов: навязчивые, сверхценные, бредовые, ночные, недифференцированные.

Навязчивые страхи — возникают непроизвольно независимо от желания больного, против его воли, носят неотступный характер, но связаны с первичным страхом и критичным к нему отношением. Проявляются страхом болезни (нозофобия), острых предметов, высоты, закрытых помещений (клаустрофобия), заражения, загрязнения (мизофобия), смущения (эрейтофобия) и т. п.

Встречаются при неврозах, органических заболеваниях головного мозга, шизофрении.

Сверхценные страхи доминируют в сознании больного с убежденностью в их обоснованности, в реальности их фабулы. Характеризуются выраженностью и силой аффекта страха, отсутствием даже попыток его преодоления. В дошкольном возрасте преобладают страхи животных (например собак), персонажей фильмов, сказок (домовых, ведьм) или образов, приду-

манных взрослыми с целью «воспитательного запугивания». Для детей раннего школьного возраста более характерны страхи темноты, одиночества, разлуки с родными, страх за их жизнь и здоровье, боязнь школы.

Встречаются в рамках невротичесих расстройств, реже — при шизофрении.

Бредовые страхи возникают, как правило, независимо от психотравмирующей ситуации (аутохтонно), не поддаются коррекции, с переживанием скрытой угрозы со стороны живых и неодушевленных объектов, сопровождаются тревогой, настороженностью, подозрительностью к окружающим лицам, ощущением опасности для себя и близких в действиях предполагаемых врагов. Могут сочетаться с другими симптомами психотического уровня (с галлюцинациями) и сопровождаться эпизодами психомоторного беспокойства и соматовегетативными нарушениями.

Встречаются при шизофрении, реже — как эпизоды при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга и психогенных расстройствах.

Ночные страхи возникают при пробуждении во время ночного сна в просоночном суженном сознании. При этом дети в испуге дрожат, кричат, что-то отгоняют от себя, на лице у них — выражение страха, ужаса. Обычно утром наблюдается амнезия — дети ничего о приступах ночного страха не помнят.

Встречаются в рамках психогенных расстройств, неврозоподобных состояний различного генеза как дебютное проявление расстройств эпилептического генеза.

Недифференцированные страхи — беспредметные, с соматовегетативным оформлением.

Отмечаются при диэнцефальных кризах.

4.5. СИНДРОМ ДИСМОРФОМАНИИ

Дисморфомания — простой синдром, проявляющийся болезненным убеждением (сверхценным или бредовым) о на-

личии у себя какого-либо воображаемого или переоцениваемого, утрируемого физического дефекта внешности или функции. Синдром имеет онтогенетическое предпочтение и встречается преимущественно в подростковом и юношеском возрасте.

Ведущие симптомы: сверхценная или бредовая убежденность в своем физическом дефекте (форма носа, ушей, размер грудных желез, полнота или худоба, форма ног, и т. п.) — *косметическая дисморфомания* или в исходящем от тела неприятном запахе (кишечных газов, гнилостном изо рта, спермы и пр.) — *парфюмерная дисморфомания.* При объяснении «уродства» нередко обвиняют «судьбу» или родственников («таким уродился»), ссылаются на дурные привычки («все время морщил лоб»), и пр.

Обязательные симптомы: гипотимно-напряженный эффект (фон настроения), иногда достигающий степени выраженной депрессии, сенситивные идеи отношения и толкования, «симптом зеркала» — подчеркнутое чрезмерно длительное и внимательное разглядывание себя в зеркале (поиск дополнительных подтверждений своего «уродства», дефектности) или полный отказ смотреться в него. «Симптом фотографии» — уничтожение своих фотографий с целью избегания дополнительных травмирующих ситуаций; аутодеструктивное поведение с целью коррекции физических дефектов с помощью официальной, нетрадиционной медицины или самостоятельно; поведение избегания (общения).

Дополнительные симптомы: обонятельные галлюцинации кататимного характера, сенестопатии, деперсонализационно-дереализационные расстройства.

Для *дисморфомании* характерна склонность к диссимуляции, которая имеет как бы частичный характер: в общении с психиатрами жалобы обычно скрываются, тогда как в разговоре с хирургами, косметологами больные достаточно откровенны. Чаще всего дисморфомания монотематична. Но даже при реже встречающейся политематичности в пережи-

ваниях больных преобладает мысль об одном «физическом дефекте». Дисморфоманические переживания и идеи отношения приводят к сверхценному или бредовому поведению: больные прибегают к различным способам маскировки «дефекта», стремятся скрыть его, уединяются, уклоняются от общения. При этом на первый план выходит не сама по себе дисморфоманическая идея как таковая, а необходимость избегать общества, в котором «уродство» вызывает всеобщее внимание, удивление, насмешку. Порой встречаются выраженные суицидальные намерения. Таким образом, патогномоничным синдрому дисморфомании является триада симптомов: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение.

Дисморфофобия обозначает более легкую степень расстройства непсихотического уровня с навязчивым страхом невротического характера, связанным с якобы имеющимся тем или иным физическим недостатком и обычно сопровождающимся критическим отношениям к своим переживаниям.

Синдром дисморфомании **может встречаться в виде реакции, свойственной подростковому возрасту (чаще у девушек), при акцентуациях характера и психопатиях; в виде реактивной дисморфомании, эндореактивной подростковой дисморфомании; при шизофрении (вялотекущей, параноидной или юношеской злокачественной), чаще у юношей. Рудиментарная дисморфофобия отмечается и у здоровых подростков как временная преходящая реакция.**

4.6. СИНДРОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Нервная анорексия — синдром, характеризующийся преднамеренным чрезвычайно упорным стремлением к качественному и/или количественному отказу от пищи и снижению массы тела. Значительно чаще встречается у девочек-подро-

стков и молодых женщин, намного реже — у юношей, детей и женщин более старшего возраста.

Ведущий симптом: сверхценная или бредовая убежденность в избыточной массе тела. Обязательные симптомы: сверхценное или бредовое поведение, направленное на снижение массы тела — ограничение или отказ от пищи, специальные физические нагрузки, вызывание рвоты, прием слабительных, и т. п. Дополнительные симптомы: отрывочные сенситивные идеи отношения, толкования, депримированность, анорексия или подавляемая булимия, соматоэндокринные расстройства.

Достоверным критерием для диагностики нервной анорексии является нарастающий дефицит массы тела (индекс массы тела Кветелета — 17,5 или ниже: соотношение массы тела, выраженной в килограммах, с квадратом величины роста, выраженного в метрах.

В основе нервной анорексии, как правило, лежит дисморфоманическая идея «излишней полноты» и как следствие — стремление к исправлению физического «недостатка». На первых этапах аппетит длительно сохраняется, а воздержание от еды эпизодически прорывается приступами переедания (нервной булимией). Это, в свою очередь, может произвести обманчивое впечатление улучшения состояния (прибавка веса, восстановление менструации, и т. п.), но затем закрепляется привычный характер переедания, чередующийся с рвотами, приводящими к соматическим осложнениям. Периодически прослеживается склонность к диссимуляции: стремление к приему пищи в одиночестве, незаметное избавление от нее, и т. п. Пациенты тщательно изучают калорийность продуктов.

Борьба с весом происходит различными дополнительными способами:

- изнурительные занятия физическими упражнениями;
- прием слабительных средств, клизмы;
- регулярное искусственное вызывание рвоты;

- иногда — использованием желудочного зонда (чаще в двух последних случаях развивается булимия).

Характреным является выбор вышеперечисленных способов «борьбы с весом» в зависимости от преморбидных особенностей пациента. Так, например, для истероидных личностей более характерно применение слабительных средств, клизм, искусственно вызываемой рвоты; для психастеников — самоограничение в пище, физические нагрузки.

Синдром нервной анорексии в своем развитии проходит три этапа: дисморфоманический, аноректический, кахектический.

Дисморфоманический этап начинается с искаженного восприятия образа своего тела, при котором формируется «ужас ожирения», у больного возникает установка на низкий вес. Эти переживания могут сопровождаться неглубоким снижением настроения и эпизодическими рудиментарными идеями отношения. Как следствие происходит качественное изменение состава пищи с уменьшением или отказом от потребления сладкого, мучного, жирного, и т. п., за которым следует количественное ограничение ее объема (сокращение кратности приема пищи до одного-двух раз в сутки, прием пищи через день, уменьшение объема разово потребляемой пищи, и т. п.). На этом этапе аппетит сохраняется. Длительность его от 6 месяцев до 2—3 лет.

Аноректический этап характеризуется стойким и упорным ограничением в еде вплоть до полного отказа. На этом этапе часто присоединяются дополнительные способы борьбы с весом (физические нагрузки, прием слабительных, и т. п.). Чувство постоянного голода может привести к гиперкомпенсаторным формам поведения: закармливание младших братьев и сестер, повышенный интерес к приготовлению различных кушаний, а также к эксплозивным реакциям. Постепенно появляются и нарастают признаки соматоэндокринных нарушений: исчезновение подкожно-жировой клетчатки, олиго-, а затем аменорея, дистрофические изменения со

стороны внутренних органов, выпадение волос и зубов, изменение биохимических показателей крови. Длительность этого этапа от 6 месяцев до 1,5 лет.

Кахектический этап. Тяжелый дефицит веса. Больные выглядят крайне истощенными, сидят «крючком», кожа у них шелушащаяся, пигментированная, по всему телу — пушковые волосы («феномен лануго»). Могут появляться трофические язвы, пролежни, «заеды» в углах рта, угасают витальные функции. На первый план выходят астеноадинамические нарушения.

Нервная анорексия **может встречаться и как самостоятельное психогенное заболевание пубертатного периода и при шизофрении.**

4.7. СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА

Психический инфантилизм — это психическая незрелость, проявляющаяся преимущественным нарушением темпа созревания психики с отставанием развития эмоционально-волевых свойств и форм реагирования личности. Они оказываются соответствующими более младшему возрасту. К признакам психического инфантилизма относятся: несамостоятельность, повышенная внушаемость, наивность, преобладание в мотивационной сфере игровых интересов и гедонизма, стремление к удовольствию, что нередко приобретает характер основной мотивации, беспечность, трудности в выполнении прогностических функций (а порой и невозможность их выполнения), прогнозировании результатов своего поведения и поступков, незрелость чувства долга и ответственности, значительно уменьшенная способность подчинять свое поведение требованиям ситуации и группы, неспособность к волевому напряжению и преодолению трудностей. Все это часто сочетается с незрелостью моторики, затруднениями в выполнении тонких мануальных действий (почерк:

«пишет, как курица лапой»), избыточностью сопутствующих лишних движений и более-менее выраженным примитивизмом как кариантом интеллектуальной нормы.

Первые признаки психического инфантилизма обнаруживаются в младшем школьном и подростковом возрасте.

Выделяют два варианта психического инфантилизма: простой (неосложненный), осложненный.

Простой вариант психического инфантилизма (сюда относится также выделенный Г. Е.Сухаревой (1959) гармонический инфантилизм). Психический инфантилизм проявляется признаками психической незрелости, охватывающей все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако с преобладанием проявлений эмоционально-волевой задержки. Такие дети повышенно беспечны, беззаботны, неутомимы в играх. Им свойственна живость воображения, жизнерадостность. При сохранном интеллекте отмечается недостаточность интеллектуальных интересов с доминированием стремления к игровой деятельности и удовольствиям. При предъявлении к ним возрастных требований возникает дезадаптация, чаще проявляющаяся в школьном возрасте в виде неуспеваемости. Зачастую психический инфантилизм сочетается с признаками соматической незрелости, задержкой в росте, грацильным телосложением, однако без признаков грубой диспластичности, аномалий развития отдельных органов и систем (так называемый «психофизический инфантилизм»).

Осложненный вариант психического инфантилизма характеризуется сочетанием психического инфантилизма с другими психопатологическими проявлениями.

Так, в сочетании с *психоорганическим синдромом* при органическом инфантилизме отсутствует эмоциональная живость, яркость эмоций. Они скорее эйфоричны, благодушны, расторможены, а эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. Интеллектуальная деятельность их характеризуется инертностью, тугоподвижностью, персевера-

тивностью мыслительных процессов и нарушением так называемых предпосылок интеллекта (внимание, память, психическая работоспособность).

При сочетании с *церебрастеническим синдромом* отмечаются повышенная возбудимость, истощаемость, выраженная неустойчивость внимания и соматовегетативные нарушения (расстройства сна, аппетита, вазовегетативные проявления).

При сочетании с *психоэндокринным синдромом* клиническая картина определяется наличием черт инфантилизма и особенностей психики, типичных для того или иного типа гормональных расстройств.

Психический инфантилизм **встречается как самостоятельное расстройство, а также при задержке развития головного мозга, его раннем негрубом органическом поражении и при социальной запущенности.**

4.8. СИНДРОМ ГЕБОИДНОСТИ

Гебоидный синдром — непсихотическое психическое расстройство (патология формирующейся личности), возникающее в юношеском возрасте и характеризующееся сочетанием патологически преувеличенных, заостренных и видоизмененных пубертатных свойств (преимущественно гротескно-карикатурной оппозиционности, достигающей степени анэтического симптомокомплекса) с аффективно-волевыми нарушениями и патологией влечений, приводящими к выраженной социальной дезадаптации.

В основе гебоидного синдрома лежит сочетание психологических свойств пубертатного криза с клинической незавершенностью психопатологических образований. Он является специфическим синдромом подросткового возраста. Все его симптомы как бы «вырастают» из психологических свойств пубертата. Однако при гебоидности все проявления

выступают в ином качестве, носят патологический характер.

Характерным является то, что специфические для гебоидности симптомы, будучи тесно взаимосвязанными, в различных сочетаниях и с разной интенсивностью проявлений составляют основное содержание клинической картины. Определяющим также является то, что все указанные психопатологические расстройства, составляющие содержание гебоидного синдрома, выступают в его структуре в *совокупности* и, внешне облачаясь в привычные формы поведения, ведут к грубой дезадаптации с резким расстройством взаимоотношения личности и среды.

Определение гебоидного состояния как психопатоподобного не противоречит клинической картине, но не отражает главной его особенности — преимущественности этих расстройств для юношеского возраста. Вместе с тем в отличие от психопатоподобных проявлений, предполагающих лишь определенные изменения личности, вызванные той или иной болезненной причиной, гебоидные проявления являются более глубокими, чем просто психопатические, и проявляются в патологическом видоизменении психических свойств пубертатного криза, достигающих степени психотического уровня. С другой стороны, только видоизменение любых психологических пубертатных свойств для гебоидности не является патогномоничным, так как тесная взаимосвязь имеется лишь с определенными проявлениями пубертатного криза в виде юношеской оппозиции и противопоставления себя окружающему.

Ведущие симптомы — сверхценные образования, патологические влечения, явления стереотипий. В основе этих расстройств лежат изменения эмоций (аффекта) и воли, которые клинически трудно разделимы, а их проявления искажены и диспропорциональны.

Сверхценные образования проявляются в абсолютном непонимании абсурдности своих занятий и высказываний. Занятия отвлеченными проблемами постепенно принимают бо-

лее односторонний характер, осуществляются с большой одержимостью. Вместе с тем характерно то, что эти занятия «не обогащают» личность, являясь непродуктивными. Однако типичными сверхценными идеями назвать этот психопатологический феномен нельзя, так как нет единой господствующей идеи, а обычно выявляется сочетание нескольких, часто прямо противоположных. У больных в содержании занятий и высказываний отсутствует строгая система взглядов (субъективная логика доказательств того или иного положения), глубокое понимание проблемы, они находятся под непосредственным влиянием той микросреды, в которой постоянно пребывают.

Патологические влечения выражаются в получении удовольствия от унижения окружающих, в подчеркнутом проявлении оскорбительного высокомерия, примитивной гедонистической мотивации своих поступков, стремлении к немедленной реализации расторможенных влечений. Утрированное внимание к своему внешнему виду сочетается с нарциссизмом. Сексуальная расторможенность достигает степени охваченности сексуальными переживаниями. Однако в данном случае приходится говорить не о повышенном сексуальном влечении, а об «инфантильном коллекционировании партнеров», сверхценном стремлении к самоутверждению, жажде власти.

Явления стереотипий выражаются в том, что поведение больных постепенно становится все более бессмысленным и приводит к стереотипным поступкам, что проявляется даже в манере одеваться. В стремлении к оригинальности больные склонны подражать эпатирующим образцам, нередко доводя такое подражание до абсурда, но постепенно неадекватность принимает однообразный характер. Они перестают следить за собой, игнорируя правила личной гигиены, носят одну и ту же одежду. В моторике утрачивается естественность, движения становятся вычурными, стереотипными, изменяется почерк. В дальнейшем действия все больше утра-

чивают смысл, приобретая характер отдельных стереотипий: больные могут часами раскачиваться из стороны в сторону, играть на гитаре, стрелять из игрушечного пистолета в стену, бросать нож в одежду родителей, подолгу перебрасывать одну вещь с руки на руку, и т. п. Такая деятельность лишена элемента заинтересованности, цели. Просьба объяснить свои действия вызывает затруднение. Такие действия приближаются по своему характеру к кататоническим, что позволяет оценивать их как кататоноподобные включения. Однако такой характер поступков касается лишь одной стороны поведения и не характеризует его в целом. Они, как и кататонические являются внешне немотивированными, внезапными и импульсивными, но на самом деле не лишены цели в отличие от кататонических.

В основе эмоционально-волевых нарушений лежит извращенность, диссоциация и парадоксальность проявлений. Снижается чувство эмпатии, сострадания, формируется так называемый «моральный дальтонизм». Доминирующими становятся немотивированная жестокость и злобность.

Типирование психопатологического состояния как синдрома предполагает существование патологического, продуктивного (позитивного) образования (Снежневский А. В., 1968). На сегодняшний день нет единого подхода к вопросу, к каким расстройствам (негативным или позитивным) относить проявления гебоидного синдрома. Однако в пользу продуктивности данных расстройств говорит вариабельность их проявлений, зависимость от ряда патогенетических факторов, возрастная специфичность, обратимость проявлений.

Гебоидный синдром **чаще всего рассматривается в рамках подростковой вялотекущей шизофрении, может встречаться как самостоятельный патологический вариант пубертатного криза, может входить в структуру формирующихся психопатий. В последнем случае они элементарнее и характеризуются неполным набором признаков («редуцированный гебоид» по Личко А. Е., 1989, Пантелеевой Г. П., 1986).**

5 ОБЩАЯ НАРКОЛОГИЯ

5.1. НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ И СОСТОЯНИЯ

Ниже описываются наркологические симптомы, симптомокомплексы и состояния, которые являются неотъемлемыми составляющими основных наркологических синдромов — наркотического опьянения, большого наркоманического синдрома и синдрома последствий хронической интоксикации.

1. Формы потребления: частота и мотивация приема одурманивающих веществ (наркотических, лекарственных средств с немедицинской целью, алкоголя).

1) Эпизодическая форма потребления наблюдается при социокультурально санкционированных случаях употребления психоактивных и одурманивающих веществ (алкоголь, чай, кофе, табак), либо разрозненных случаях социально и уголовно запрещенного применения наркотических средств (гашиша, опия, ЛСД-25 и т.п.) наркологически здоровыми людьми. Эпизодическое употребление алкоголя носит ритуальный характер, собственной мотивационной установки не имеет, а лишь является сопроводительным ритуалом различных форм и ситуаций общения (свадьба, поминки, день рождения и пр.). Эпизодическое употребление наркотических веществ связано с микросоциальными и социопсихологичес-

кими факторами и диктуется внутригрупповыми законами, ценностями и стилем поведения.

2) Измененные (осложненные) формы потребления связаны с изменением частоты, мотивации и обстоятельств приема психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, психотропных средств). При этом алкогольное или наркотическое поведение уходит от изначальных социально-психологических условий и диктуется законами болезни (алкоголизма или наркомании). Как правило, выпадает ситуация общения, что сопровождается переходом к одиночному потреблению. Выделяют следующие измененные формы употребления одурманивающих веществ:

- *систематическую*: регулярное, практически непрерывное употребление одурманивающих веществ;
- *периодичсскую* (запой), который имеет два вида — истинный и ложный. *Ложный запой (псевдозапой)* — это периодическое многодневное употребление алкоголя, дебютирующее под влиянием определенной ситуации (зарплата, неприятность и т. п.) и прерывающееся внешними обстоятельствами (скандал, привод в милицию, неприятность на работе, отсутствие денег и т. п.). *Истинный запой* — аутохтонно, под влиянием компульсивно или импульсивно актуализирующегося влечения периодически возникающее пьянство, купируемое спонтанно вследствие нарастающей интолерантности, непереносимости алкоголя.

2. Толерантность: способность переносить введение дозы алкоголя или наркотического вещества с сохранением функционирования. Толерантность определяется по максимально переносимой дозе. В широком смысле различают толерантность поведенческую и функциональную («тканевую», «системную»). *Поведенческая толерантность* тесно связана с понятием ситуационного контроля и проявляется способностью произвольно контролировать внешние проявления опьянения. Эта способность минимально выражена на ранних этапах развития зависимости и исчезает с возрастанием «стажа» нарко-

тизации. Исключение составляют психоделические препараты, при опьянении которыми невозможен поведенческий контроль. *Функциональная толерантность* отражает собственно тканевые биохимические механизмы и проявляется в необходимости повышать со временем дозу ксенобиотика для достижения качественно одного и того же состояния опьянения.

1) Физиологическая толерантность представляет собой индивидуальную переносимость психоактивных веществ, определяемую по максимальной дозе, не вызывающей развития защитных и грубо патологических реакций у здоровых людей. Этот вид толерантности связан с возрастом, полом, индивидуальными биологическими и психологическими качествами.

2) Измененная толерантность. Динамические особенности изменения толерантности являются одним из осевых симптомов алкоголизма и наркомании:

- рост толерантности, характерный для I стадии наркомании и алкоголизма, представляет собой закономерное увеличение потребляемой дозы для достижения эффекта психического комфорта. При злоупотреблении опиатами возрастание дозы происходит за 2—4 недели, стимуляторами — за 1—2;
- плато толерантности, характерное для II стадии зависимости, представляет собой максимально переносимую дозу ксенобиотика, необходимую для достижения психофизического комфорта, и включает в себя следующие признаки: развитие состояния опьянения только от больших доз, употребление максимальных доз ксенобиотика как одномоментно (разовая толерантность), так и в течение суток (суточная толерантность). Установившаяся доза является стабильной, существенно не меняясь на протяжении определенного достаточно длительного отрезка времени. Для барбитуратов плато толерантности превышает исходную физиологическую переносимость в 5—10 раз, для алкоголя — в 8—10 раз, для седативных препаратов — в 8—12 раз, а для опиатов — в 100—200 раз;

- падение толерантности как один из признаков III стадии зависимости представляет собой существенное снижение максимально переносимой дозы ксенобиотика. Исключение составляет так называемое «омоложение» — резкое снижение потребляемой дозы вследствие медикаментозного лечения.

3. Защитные реакции (знаки): соматические и вегетативные признаки, свидетельствующие о том, что доза наркотических веществ или алкоголя превысила физиологическую толерантность.

1) Специфические защитные реакции: наиболее показательными являются защитные знаки при алкоголизме, опийной наркомании и барбитуратизме:

- алкогольные — рвота;
- опийные — зуд кожи лица, заушной области, поверхности шеи и верхней трети груди;
- барбитуровые — икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

2) Неспецифические защитные реакции: тошнота, рвота, сосудистые вегетативные проявления (озноб, боли в сердце, кожно-мышечная гиперестезия). Встречаются при различных формах интоксикации (например гашишной или эфедроновой). Внесение их в группу защитных обусловлено непреложной динамикой: с переходом к регулярной интоксикации эти знаки исчезают.

Исчезновение защитных реакций — симптом, свидетельствующий об адаптации организма к высоким дозам наркотических веществ или алкоголя, при которой прежние дозы не являются токсичными и не требуют защитных реакций. Этот симптом служит демаркационной линией при оценке стадии заболевания.

4. Формы опьянения: комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема наркотических веществ или алкоголя.

Измененная форма опьянения — нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического вариан-

та опьянения от соответствующего вещества, или появление несвойственных ему качеств и компонентов, или изменение его динамики. Симптом входит в структуру синдрома измененной реактивности. Развивается на фоне уже существующих компонентов основного синдрома: при систематической наркотизации, сформированной высокой толерантности и исчезновении защитных реакций на передозировку. Трансформация опьянения наркотиками в своем развитии проходит три этапа. На *первом* из них сначала ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации. Так, при злоупотреблении стимуляторами исчезает тахикардия, при наркотизации кодеином нивелируется подавление кашлевого рефлекса, при опиизме исчезает стимуляция моторики кишечника, и т. п. На *втором* этапе трансформируется интенсивность эйфории, что проявляется в необходимости повышения дозы для достижения прежней интенсивности переживаний. При этом качество и фазность эйфории остаются неизменными. На *третьем* этапе уже невозможно достичь прежней интенсивности эйфории даже при использовании максимальных доз наркотика. При этом качественно изменяются фазы эйфории, поскольку собственно эйфория уже недостижима, тонизирующий (стимулирующий) эффект наркотика постепенно исчезает, а на первый план выступает его способность лишь нормализовать состояние. Такого рода динамика характерна практически для всех видов наркотических веществ, но наиболее выражен этот эффект при злоупотреблении седативными веществами (исчезновение собственно седативного действия при сохранении стимулирующего). При злоупотреблении алкоголем, седативными и психоделическими веществами измененные формы опьянения могут проявляться амнезиями, что не свойственно интоксикации опиатами. По мере развития наркотизации мнестические нарушения развиваются при меньших дозах наркотика. При злоупотреблении алкоголем и барбитуратами мнестические расстройства начинаются с палимпсестов — невозможности последующего воспроизведения отдель-

ных эпизодов и деталей событий, как правило, финальной части опьянения, тогда как общая фабула происшедшего сохраняется.

5. Патология влечения встречается в двух формах.

1) Обсессивное (психическое) влечение — трудноодолимое психическое стремление к приему наркотика. Выражается в постоянных мыслях о наркотике и манипуляциях с ним, подъеме настроения даже в предвкушении его приема и, наоборот, подавленности и неудовлетворенности при отсутствии этой возможности. Определяя эмоциональный фон, обсессивное влечение неспецифично, т. е. подавляется любым другим наркотическим средством. Кроме того, это влечение может существенно редуцироваться вследствие конфликта, непосредственно связанного с наркотизацией, в то время как конфликт, не имеющий отношения к злоупотреблению наркотиками, может обострять влечение. Помимо этого, обострение провоцируется неприятными соматическими ощущениями, разговорами о наркотиках и даже встречей с людьми, которые ранее совместно с больным принимали наркотические вещества. Наконец, обсессивное влечение может погаснуть, если у больного формируется положительное эмоциональное насыщение, связанное с иными интересами. Психическое влечение сопровождается борьбой мотивов, что в сочетании с навязчивыми мыслями о наркотике позволяет определить его как обсессивное. Несмотря на то, что психическое влечение является одним из ранних симптомов, оно представляет значительную терапевтическую проблему, которая исчезает практически в последнюю очередь.

2) Компульсивное (физическое) влечение проявляется в непреодолимом стремлении к наркотизации, причем степень выраженности этого влечения достигает витального уровня, конкурирует с истинными витальными влечениями, которые блокируются. От обсессивного влечения компульсивное отличается значительно большей интенсивностью, способностью полностью поглощать сознание больного, не оставляя

места для других переживаний и представлений. Компульсивное влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контроль и конкурентные поведенческие мотивы, в силу чего борьба мотивов исчезает. Помимо этого, компульсивное влечение сопровождается выраженной вегетативной стигмацией в виде мидриаза, гипергидроза, гиперрефлексией, тремором и пр. По условиям возникновения выделяют три вида компульсивного влечения: внеинтоксикационное, абстинентное и интоксикационное:

- внеинтоксикационное компульсивное влечение появляется до формирования абстинентного синдрома, особенно при алкоголизме и гашишизме, поскольку временной разрыв между появлением физического влечения и возникновением абстиненции достаточно велик; при опиомании и злоупотреблении барбитуратами симптоматика развивается более бурно, и этот разрыв проследить, как правило, не удается; при интоксикации ЛСД, ингалянтами и стимуляторами отмечается диссоциация динамического стереотипа с выраженным компульсивным влечением и отсутствием или значительной редукцией абстинентного синдрома. Ремиссионное компульсивное влечение особенно опасно из-за того, что неизбежно ведет к рецидиву или альтернативной интоксикации другим наркотиком, что зачастую, в отличие от обсессивного влечения, не приносит психического удовлетворения, а физическое состояние чаще всего остается дискомфортным. Все это свидетельствует о специфичности компульсивного влечения для частных видов наркоманий;
- абстинентное компульсивное влечение по определению входит в структуру абстинентного синдрома, сочетаясь с другими симптомами, отражающими психическое перевозбуждение и напряжение;
- интоксикационное компульсивное влечение возникает после развития той или иной степени оглушения вследствие интоксикации. Клинически это выражается в непре-

одолимом стремлении увеличить количество потребляемого наркотика («добавить»), которое появляется после достижения определенного уровня опьянения. При злоупотреблении алкоголем этот симптом носит название «утрата количественного контроля». Он наблюдается и при гашишизме, барбитуратизме, употреблении эфедрина и несколько реже — психоделических препаратов. По мере прогрессирования болезни к этому симптому присоединяется симптом утраты ситуационного контроля (невозможность адекватно оценивать место, время и обстоятельства наркотизации). Описываемый вид компульсивного влечения появляется раньше внеинтоксикационного и абстинентного. Поскольку в его основе лежит непреодолимое стремление воспроизвести первоначальную эйфорию, он может рассматриваться как симптом перехода от обсессивного этапа к компульсивному.

6. Способность достижения состояния психического и/или физического комфорта в состоянии интоксикации.

1) Психический комфорт в состоянии интоксикации характеризуется двумя признаками. Первый заключается в том, что этот симптом не является эйфорией, поскольку представляет собой не переживание удовольствия, а уход от дискомфорта. Главное отличие рассматриваемого состояния от психического комфорта у здоровых лиц состоит в том, что больные с наркотической зависимостью испытывают его исключительно при приеме наркотика, а перерыв в употреблении последнего на начальных стадиях вызывает психический дискомфорт. Второй признак — способность восстанавливать нарушенные психические функции при интоксикации. Классическим примером является тот факт, что больные хроническим алкоголизмом в состоянии опьянения показывают более высокие результаты при тестировании, чем здоровые люди в аналогичной интоксикации, тогда как результаты тестирования трезвого алкоголика и здорового испытуемого в состоянии опьянения сопоставимы. Таким образом, нарко-

тическое вещество становится необходимым условием нормального психического функционирования больного. Психический комфорт в состоянии интоксикации достигается практически при всех наркоманиях (исключение наблюдается при приеме психоделиков).

2) Физический комфорт в состоянии интоксикации появляется практически одновременно с развитием внеинтоксикационного компульсивного влечения и предшествует формированию абстинентного синдрома. Клинической сутью этого симптома является то, что для поддержания приемлемого функционального уровня общей жизнедеятельности необходима та или иная степень интоксикации.

7. Симптом дискомфорта вне состояния интоксикации.

1) Симптом психического дискомфорта вне состояния интоксикации заключается в развитии своеобразных психических нарушений в виде эмоционального напряжения, раздражительности, депрессивных реакций с идеями самообвинения, дисфорических состояний, несобранности, сниженной работоспособности, повышенной отвлекаемости. Эти проявления купируются приемом наркотического вещества или алкоголя.

2) Симптом физического дискомфорта вне состояния интоксикации заключается в ощущении соматического неблагополучия, купируемого только приемом наркотика.

5.2. НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

5.2.1. Опьянение

Опьянение (острая интоксикация) — типичная патологическая реакция, возникающая на прием одурманивающих средств (алкоголя, каннабиоидов, опиатов, седативных препаратов и пр.). По структуре представляет собой сложный синдром, состоящий из психических, неврологических, веге-

товисцеральных и соматических симптомов, выраженность и динамические взаимоотношения которых изменяются в зависимости от этапа интоксикации (начало, максимальная выраженность, редукция).

В МКБ-10 диагноз общих проявлений острой интоксикации вследствие употребления психоактивных веществ (F1x.0) базируется на следующих критериях:

- точные сведения о приеме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации;
- наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения;
- имеющиеся симптомы невозможно объяснить наличием независимой от употребляемого психоактивного вещества соматической патологии или иного психического расстройства.

5.2.1.1. Психический компонент опьянения

Аффективные расстройства

Эйфория при наркотическом опьянении представляет собой сложный феномен, состоящий не только из собственно подъема настроения, но и своеобразных соматовегетативных проявлений, за счет которых в немалой степени достигается положительный эмоциональный сдвиг. В качественном отношении это состояние разнится в зависимости от приема того или иного наркотического вещества. Так, при употреблении алкоголя или барбитуратов эйфория имеет наиболее простую структуру и представлена исключительно положительным эмоциональным компонентом.

Немногим от описанного отличается и эйфория при употреблении стимуляторов: помимо ощущения общего интеллектуального подъема и своеобразного чувства «просветления», могут присутствовать элементы ажитации и гиперреактив-

ность. При этом собственно радостное настроение отступает на второй план. При опьянении энтактогенами («экстази», MDMA) в структуре эйфории преобладает чувство эмоциональной близости и любви к окружающим (гипертрофированная эмпатия) в сочетании с ощущением покоя и удовлетворенности, а также повышенной потребностью в физической активности. Опийное опьянение характеризуется чувством блаженства и необычно острого соматического наслаждения («приход», первая фаза эйфории), эмоциональной релаксации и седации («волокуша», вторая фаза эйфории). Это состояние, как и в случае гашишного опьянения, можно прервать волевым усилием, тогда как алкогольная и барбитуровая эйфория лишь в какой-то степени регулируются волевыми механизмами, а эйфория, возникающая при приеме психодизлептиков, абсолютно не подвержена волевому контролю. Эйфория при опьянении кокаином характеризуется собственно повышенным настроением с отчетливым оттенком сексуального возбуждения, ощущением прилива сил и энергии, расширения собственных возможностей, что может напоминать гипоманиакальное состояние.

Весьма своеобразный характер носит подъем настроения при интоксикации ЛСД, поскольку на первый план выступает интеллектуальное наслаждение, а собственно соматовегетативные эффекты в значительной степени нивелированы. По характеру это состояние напоминает религиозный и мистический экстаз и своим истоком имеет нарушение восприятия в сочетании с расстройствами сознания. Такого рода переживания отмечаются при применении всех галлюциногенов (каннабиоида, мескалина и т. п.). Аналогичные механизмы имеет развитие эйфории при интоксикации ингалянтами, когда на первый план выступает интеллектуализированное удовольствие от яркого красочного восприятия, однако достаточно характерными признаками при этом являются чувство собственного превосходства, неуязвимости, переоценка своих возможностей. Различия в характере эйфории при опьяне-

нии различными наркотическими средствами не исчерпываются только структурными особенностями, а связаны и определенными динамическими закономерностями. В своем становлении эйфория проходит две стадии (собственно эйфорическая и стадия последействия), которые имеют особенности, проявляющиеся при применении того или иного наркотического вещества.

Гипотимические расстройства (страх, ужас, паника) возникают при употреблении веществ с атропиноподобным эффектом (корень мандрагоры и др.), а также MDMA и психодизлептиков (ЛСД, мескалин, псилоцибин). При приеме последних огромное значение имеет исходное настроение. Так, указанные эмоциональные проявления (bad trip) возникают только при сниженном эмоциональном фоне, а для достижения эйфории необходим, как минимум, нейтральный аффективный фон. Дисфорически-подавленный фон настроения, мало зависящий от исходного, а также аффективная лабильность могут развиваться при алкогольной интоксикации. При острой гашишной интоксикации в ряде случаев наблюдаются наплывы тревоги и агрессивность, а при опьянении седативными средствами — апатия, которая сменяет эйфорию. Помимо этого, на этапе деградации личности возможны тяжелые дисфорические вспышки с агрессией по типу археоаффекта, что характерно для злоупотребления седативными и снотворными средствами, а также ингалянтами и гашишем.

Расстройства восприятия

Нарушение функции восприятия при наркотическом опьянении проявляется и патологией ощущения, и собственно восприятия, и представления. Патологические изменения чаще всего развиваются в зрительном, слуховом, тактильном анализаторах, а также затрагивают проприорецепцию, тогда как вкусовой и обонятельный анализаторы затрагиваются реже. Нарушение ощущения может проявляться усилением (при при-

еме стимуляторов) и угнетением (при употреблении седативных препаратов) или избирательностью (при приеме опиатов) этой функции. Патологическое изменение восприятия представлено как многочисленными иллюзиями, чаще зрительными (парейдолии), так и психосенсорными расстройствами, что особенно характерно для дизлептической интоксикации, хотя эти явления в той или иной степени могут иметь место и при опьянении седативными препаратами. Для опийного опьянения более характерны визуализация представлений, эйдетизм. Психосенсорные расстройства разнообразны и представлены как метаморфопсиями, так и нарушением схемы организма, вплоть до ощущения отсутствия некоторых его частей. Практически для всех видов наркомании характерны сенестопатии, которые в состоянии опьянения могут иметь приятный, желательный характер. Разнообразные галлюцинации чаще всего встречаются при употреблении психотомиметиков, каннабиоидов, ингалянтов (препаратов бытовой химии). При употреблении последних характерна аутотопагнозия, она же при опьянении дизлептиками становится вычурной, сопровождается висцероскопическими галлюцинациями. При этом возникают сценоподобные завораживающие зрительные галлюцинации, часто удовлетворяющие критериям ложных обманов. По характеру слуховые и зрительные галлюцинации могут быть как спонтанными, так и рефлекторными. Характерным для всех видов интоксикации является диссоциация психических функций: даже при обостренном восприятии внешних и внутренних стимулов (например при эфедриновом опьянении) многие события амнезируются, оставляются лишь некоторые фрагментарные воспоминания о переживаемых эмоциях.

Расстройства мышления

Нарушения мышления при наркотической интоксикации во многом зависят от вида наркотика и потребляемой дозы. При приеме алкоголя и снотворных средств наблюдается сни-

жение темпа мышления и появление персевераций, тогда как при употреблении стимуляторов, амфетаминов и психоделиков на начальных этапах интоксикации имеет место ускорение темпа мышления. При приеме практически любого наркотического вещества, включая алкоголь, нарушается способность к правильному осмыслению, при этом нарушается отбор впечатлений, их переработка и генерирование умозаключения. Все это во многом связано с эмоциональными нарушениями, искажением способности управлять активным вниманием, что приводит к снижению собственно качества мышления. При использовании психотомиметиков, особенно ЛСД, возникает своеобразный ментизм («поток мышления»), могут появляться несистематизированные бредовые идеи.

Расстройства сознания

Независимо от вида потребляемого наркотического вещества возникают нарушения сознания от сужения до выключения или помрачения различной степени выраженности.

5.2.1.2. Соматоневрологический компонент опьянения

Он во многом зависит от вида и дозы наркотика. Так, при введении опиатов развивается мидриаз, который может отмечаться и при употреблении психоделических препаратов. Последние в ряде случаев ведут к таким вегетативным реакциям, как снижение температуры тела и бледность кожных покровов. В противоположность этому алкоголь, седативные препараты и холинолитики вызывают гиперемию, гипертермию, гиперсаливацию, повышенное пото- и салоотделение. Помимо описанных особенностей, практически для всех наркотических препаратов характерно двухфазное действие: тахикардия, учащение частоты дыхания, подъем АД сменяются брадикардией, артериальной гипотензией и брадипноэ. Исключение составляют стимуляторы и психоделические препараты, при упот-

реблении которых подобную закономерность выявить не удается. Другими характеристиками, общими для всех наркотических препаратов, являются повышение сексуальной возбудимости и понижение аппетита, снижение мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение также составляют стимуляторы, психоделические препараты и кодеин.

Опьянение измененное — состояние легкой или средней степени интоксикации, при котором чрезмерно усиливаются или ослабевают какие-либо компоненты клинической картины опьянения или нарушается последовательность их развития. Это состояние развивается на измененной почве (психопатия, олигофрения, психические заболевания, поражения ЦНС различного генеза), а также при сочетанном употреблении алкоголя, других токсических одурманивающих веществ и суррогатов. Развитию измененных форм опьянения может способствовать переутомление, психогении, соматические расстройства, недосыпание, недоедание.

Трансформация опьянения в своем развитии проходит три этапа (см. ранее).

5.2.1.3. Алкогольное опьянение

Простое алкогольное опьянение (классическая форма) — острая, как правило, обратимая, патологическая реакция общетоксического происхождения, которая является следствием употребления этанола, различного по крепости, качеству и количеству. Это состояние всегда включает преходящие соматовегетативные, неврологические и психические расстройства, собственно психотропный эффект проявляется изменением поведения, а также эмоциональными, мотивационными и речевыми нарушениями, снижением способности к прогнозированию, самоконтролю и возможности адекватной, критической оценки ситуации. Основными проявлениями классического варианта является эйфоризирующий, коммуникативный, седативный, транквилизирующий, релаксирующий.

Измененная (или осложненная) форма простого алкогольного опьянения — состояние легкой или средней степени опьянения, при котором нарушается соотношение (усиление или ослабление) отдельных компонентов классического варианта опьянения, или возникают нехарактерные для него признаки и качества, либо нарушается последовательность их развития. Встречается в нескольких вариантах. Назовем основные:

Эксплозивный вариант заключается в том, что на фоне слабо выраженной эйфории спонтанно или по малозначительному поводу возникают вспышки недовольства, раздражения и злобы. Такого рода реакции проявляются как в высказываниях, так и в поведении, бывают непродолжительны и чередуются с периодами благодушия и успокоения.

Дисфорический вариант отличается преобладанием стойкого состояния напряжения, недовольства, угрюмости, неприязни и злобы. Преобладающим является пониженно-тоскливый аффект, который сочетается с соматическим дискомфортом и резко выраженной гиперестезией. Это устойчивое состояние, оно может сохраняться на протяжении нескольких дней после алкоголизации.

Истерический вариант проявляется в театральном, демонстративном поведении с примитивными моторными реакциями (истерическими припадками, астазиями-абазиями, истерическим возбуждением и т. п.), нередко встречаются элементы пуэрилизма, псевдодеменции, демонстративно-шантажные суициды. Высказывания патетичны, нелепо театральны, часто отмечаются фантазмы, позерство с резкими переходами от бахвальства к самоупрекам.

Депрессивный вариант отличается тем, что эйфория изначально или отсутствует вообще, или непродолжительна. В эмоциональном фоне преобладает подавленность со слезливостью и жалостью к себе. Часто отмечается безысходность с идеями самообвинения или выраженная тревога. Высок риск суицида. Этот вариант опьянения чаще отмечается у женщин с гипотимическими или циклоидными чертами личности.

Импульсивный вариант характеризуется тем, что на фоне опьянения на первый план в клинической картине выступают внезапные необъяснимые произвольные импульсивные действия, чаще перверзного характера (гомосексуализм, эксгибиционизм, флагелляция), хотя могут встречаться пиромания, клептомания. Этот вариант опьянения часто встречается при симптоматическом алкоголизме при шизофрении.

Сомнолентный вариант заключается в следующем: после периода кратковременной эйфории развивается выраженная сонливость, переходящая в продолжительный сон.

Маниакальный вариант характеризуется выраженной эйфорией, беспечностью, назойливостью, что иногда переходит в кривлянье, паясничанье, сопровождающееся речевыми и двигательными стереотипиями.

Патологическое опьянение представляет собой пароксизмальное (сумеречное) помрачение сознания, возникающее в ответ на прием малых или средних доз алкоголя. В клинической картине преобладает агрессивное поведение, отличающееся большой разрушительной силой, внезапностью, неожиданностью, бессмысленной жестокостью. Это состояние кратковременно, с пароксизмальным выходом, часто через глубокий сон, с последующей амнезией.

Эпилептоидная форма патологического опьянения является сумеречным состоянием сознания с резким, внезапным двигательным возбуждением, что сопровождается злобой, яростью и гневом. Двигательное возбуждение интенсивно, хаотично и бессмысленно, часто развивается в виде автоматизмов и стереотипий, не зависит от реальной ситуации. Выход через полную амнезию.

Параноидная форма патологического опьянения представляет собой сумеречное состояние сознания с внезапно развивающимся острым чувственным бредом и галлюцинациями. Галлюцинаторно-параноидная продукция имеет персекуторный характер. В соответствии с этими переживаниями больные совершают ряд целенаправленных сложных и упо-

рядоченных действий, могут вооружаться, входить в контакт с окружающими, хотя при клиническом обследовании выявляется нарушенная ориентировка.

5.2.2. Большой наркоманический синдром

Большой наркоманический синдром — основной клинико-диагностический маркер болезни (алкоголизма или наркомании). Сформированный наркоманический синдром является базисным признаком, отличающим здорового человека от больного, страдающего наркотической (а в общем виде и любой иной) зависимостью. Структурно этот синдром состоит из синдрома измененной реактивности и синдрома зависимости.

5.2.2.1. Синдром измененной реактивности

Он представляет собой наиболее ранние патологические изменения в организме, объединенные общим патогенезом, возникшие в ответ на длительное употребление одурманивающих веществ и представляющие собой клиническое проявление формирующейся церебральной патологической системы. Структурно этот синдром состоит из таких симптомов: исчезновение защитных знаков, изменение толерантности, формы потребления, формы опьянения. Последний симптом завершает формирование синдрома измененной реактивности, развиваясь на фоне уже существующих компонентов основного синдрома.

5.2.2.2. Синдром зависимости

Выступая структурной составляющей большого наркоманического синдрома, он в свою очередь является сложным образованием и имеет в своем составе синдром психической и физической зависимости.

Синдром психической зависимости, являясь наиболее ранним проявлением основного синдрома, состоит из

симптомов психического влечения к одурманивающему веществу и способности достигать психического комфорта в состоянии интоксикации.

Синдром физической зависимости включает в себя физическое (компульсивное) влечение, способность достижения физического комфорта в состоянии интоксикации и абстинентный синдром.

Абстинентный синдром, а точнее абстинентный симптомокомплекс — показатель сформировавшейся физической зависимости, ведущее и наиболее наглядное проявление болезни. По сути своей он является процессом выравнивания нарушенного гомеостаза, т. е. дефектной попыткой организма собственными силами откорректировать гомеостаз, соответствующий функциональному уровню имеющейся физической зависимости. Симптомы, составляющие этот симптомокомплекс, можно разделить на две группы: центральные (психические) и периферические (вегетативные, соматоневрологические). Удельный вес этих двух групп различен и зависит от формы наркомании (высокий удельный вес психопатологических расстройств при отнятии снотворных средств, вегетативной симптоматики — при алкогольной, опийной и гашишной абстиненции). Абстинентный синдром имеет общие черты, характерные для любых форм наркомании. К ним относятся психическое напряжение, эмоциональные расстройства гипотимического радикала (от тревоги до депрессии), нарушение витальных потребностей (аппетита, сна, либидо), разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушение сердечно-сосудистой регуляции и мышечного тонуса).

Эти признаки, являясь наиболее общими для всех типов абстиненции, тем не менее имеют черты, специфичные для каждой формы наркомании, что существенно помогает при дифференциальной диагностике. Так, пот при опийной и гашишной абстиненции субъективно воспринимается как «холодный», а при алкогольной и барбитуровой — как «горячий». Отличи-

тельным признаком озноба при опийной абстиненции является его приступообразность. Желудочно-кишечные расстройства также имеют своеобразие: коричневый налет на языке при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами, гладкий малиновый язык при эфедриновой абстиненции, частый жидкий стул с тенезмами — при опийном отнятии.

Кроме оттеночных признаков, каждый вид наркомании имеет специфические абстинентные признаки. Так, только при опийном отнятии отмечается чихание, насморк, слезо- и слюнотечение, боли в межчелюстных суставах, сведение жевательных мышц. При злоупотреблении снотворными специфичными признаками являются боли в желудке и крупных суставах, а при гашишной абстиненции — сенестопатии. Помимо этого, встречаются симптомы, характерные для одних наркоманий и не встречающиеся при других. Примером может служить тремор, атаксия, психотические эпизоды, отмечающиеся при злоупотреблении транквилизаторами, ингалянтами (бытовой химией, органическими растворителями), гашишем и эфедрином и отсутствующие при опийной абстиненции. Для последней, а также для синдрома лишения при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами характерны озноб с «гусиной кожей» и двигательное беспокойство, не встречающиеся, например, при гашишизме.

Абстинентный синдром развивается не при всех видах наркотической зависимости. Так, при злоупотреблении галлюциногенами основные признаки абстиненции отсутствуют, а существование этого синдрома при гашишизме является предметом многочисленных дискуссий. Темпы развития симптоматики лишения также варьируют в зависимости от вида наркомании: от замедленного при алкоголизме и гашишизме, более интенсивного при злоупотреблении снотворными средствами и стимуляторами до очень быстрого при опиомании. Динамика становления абстинентной симптоматики многофазна (при опиомании, например, она проходит четыре стадии), но независимо от вида наркотизации обратное ее развитие соответствует

основному стереотипу: раньше всего редуцируются те симптомы, которые появились в последнюю очередь, а наиболее ранние могут сохраняться в течение длительного времени, представляя значительные трудности при терапии этих состояний.

5.2.3 Последствия хронической интоксикации алкоголем и другими психоактивными веществами

Эти последствия развиваются на поздних этапах формирования наркотической болезни и включают в себя расстройства психической сферы и соматоневрологические нарушения.

5.2.3.1. Расстройства психической сферы

Прогрессирующая деменция развивается по законам формирования экзогенных органических процессов и проходит следующие этапы:

1) Этап снижения личности. Происходит падение психической активности, сужение круга интересов и мотивационной сферы, обедняется спектр эмоций, упрощаются побуждения. Интеллектуальные нарушения представлены снижением функции памяти в виде ослабления фиксации и ретенции, а также нарушением активной концентрации внимания, утратой интереса к интеллектуальным задачам, оценке и анализу ситуаций.

2) Этап психопатизации. Дальнейшее искажение личностных особенностей во многом зависит от типа наркотика и преморбидного радикала личности. При наркотизации опиатами и стимуляторами чаще обнаруживается астенический и истерический тип психопатизации, при злоупотреблении седативными и снотворными средствами — эксплозивный, при гашишизме и употреблении психоделиков — апатический. На этом этапе нарастают и учащаются аффективные расстройства, чаще дистимического и дисфорического регистра.

3) Этап деменции. Психоорганический синдром достигает максимальной степени выраженности. Меняется внешний вид больных: появляются неадекватные мимические реакции, диспластические движения, дискордантная походка с пропульсией или пошатыванием, угасает двигательная активность. При злоупотреблении седативными и снотворными средствами развивается брадифрения, при использовании алкоголя, стимуляторов и ингалянтов — псевдопаралитический синдром. Эмоциональная сфера резко обеднена (олиготимия). Нарушения внимания в виде неспособности к концентрации, крайней отвлекаемости и истощаемости приобретают грубо выраженный характер. Существенно снижены такие интеллектуальные функции, как понимание, способность к абстрагированию и критика. Все это отражает глобальную мозговую дисфункцию и имеет прогредиентное развитие.

Психотические расстройства возникают или на высоте опьянения (интоксикационные), или в период абстиненции, что часто зависит от вида употребляемого наркотика. По структуре развивающиеся психозы протекают с нарушением сознания, т. е. по типу экзогенных реакций. При всех видах наркоманий психозы характеризуются быстрой сменой форм нарушения сознания, динамичностью, аффективной неустойчивостью и насыщенностью. Наиболее частыми психотическими расстройствами являются делирий и аменция (при употреблении алкоголя, транквилизаторов, снотворных и седативных средств). Кроме того, встречаются острые галлюцинозы, острые параноиды, сумеречные состояния сознания, онейроидные шизоморфные психозы (психодизлептики). В зависимости от вида наркотика отмечаются специфические расстройства, имеющие диагностическую ценность. Так, при гашишных психозах, возникают сенесто-ипохондрические бредовые переживания, дерматозойный бред, висцеральные галлюцинации — ощущение укусов и ползания насекомых по коже, разрушения внутренних органов, наличия песка, клещей

или мушек внутри кожи. При кокаинизме возникают зооморфные галлюцинации, при параноиде вследствие употребления стимуляторов возникает высокая сенсорная возбудимость, затрагивающая все анализаторы, а параноидные переживания при этом (так же, как и при употреблении психодизлептиков) могут приобретать парафренный, экспансивный характер.

5.2.3.2 Соматоневрологические нарушения

Неврологические расстройства развиваются по дизрегуляторным, токсическим и патоиммунным механизмам. Помимо общих расстройств, встречаются достаточно специфические нарушения — полиневриты при алкогольной болезни, острая марганцевая энцефалопатия при злоупотреблении производными эфедрина, паркинсонизм при использовании кустарно приготовленных препаратов кокаина и героина. К менее специфическим нарушениям относятся нистагм при эфедриновой и гашишной интоксикации, тремор (как мозжечковый, так и подкорковый), атаксия. Крупноразмашистый тремор встречается при злоупотреблении седативными препаратами, ингаляционными средствами, алкоголем (интенционный тремор). Мелкий тремор наблюдается при сочетанной интоксикации опиатами, стимуляторами и психоделиками. Частым симптомом является экстрапирамидная симптоматика. Так, нарушение походки с ограничением содружественных движений рук отмечается при злоупотреблении холинолитиками, тяжелая экстрапирамидная симптоматика в виде гиперкинезов — при интоксикации кустарными эфедроном и опиатами. На поздних стадиях алкогольной болезни встречаются полиневриты, при злоупотреблении летучими веществами — парезы и параличи.

Сексологические расстройства (импотенция, нарушения эякуляции и пр.) связаны как с прямым угнетением либидо или нарушением психосексуальной ориентации (при кокаинизме), так и с периферическими неврологическими и микроциркуляторными нарушениями.

Сердечно-сосудистые расстройства проявляются миокардиодистрофией при алкоголизме, высокой вероятностью острых инфарктов миокарда при злоупотреблении стимуляторами. Практически при всех формах наркомании отмечена слабость сердечной мышцы, разнообразные нарушения ритма.

Гастроинтестинальные расстройства и поражения печени занимают одно из ведущих мест в клинике соматических нарушений. С токсическим действием наркотиков, особенно вводимых внутривенным путем, связывают жировое перерождение печени, гепатиты и цирроз. Наиболее высоким гипатотоксичным действием отличаются барбитураты, психоделические препараты, стимуляторы и ингаляционные средства. Помимо поражений печени, встречаются дискинезии желудочно-кишечного тракта, окклюзии и субокклюзии кишечника.

Поражения кожи и слизистых оболочек выражены гнойными поражениями в местах введения наркотика, атрофии слизистых оболочек, хрящей и прободение носовой перегородки у кокаинистов. При злоупотреблении ингалянтами (средствами бытовой химии, органическими растворителями) встречается гнойное поражение кожи в сочетании с уртикарными высыпаниями. При длительном употреблении наркотиков изменяется кожная пигментация. Так, при опийной наркомании кожа приобретает желтоватый оттенок, при гашишизме она имеет темно-желтый цвет, напоминающий цвет старческой пигментации.

Иммунологические расстройства многообразны и связаны не столько с видом наркотика, сколько с регулярностью и давностью его применения. У всех больных наркоманией отмечено искажение соотношения хелперов и супрессоров, подавление активности естественных киллеров. Это приводит к слабости иммунного ответа, изменению серологических белковых реакций (ложноположительная реакция Вассермана). Распространены аутоиммунные и аллергические реакции, которыми объясняют синдром внезапной смерти при приеме обычной дозы наркотика.



ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЛОКАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6.1. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

В отличие от диагностики неврологических синдромов, возможности межполушарной топической диагностики психопатологических синдромов весьма ограничены. Большинство психопатологических феноменов обусловлено патологическим ответом всего мозга. Вместе с тем, существует функциональная асимметрия мозга (ФАМ), что отражается на психопатологии, имеет значение не только для диагностики, но и для исследования компенсаторных и восстановительных процессов в целях разработки коррекции нарушенных психических функций и выбора лечебной тактики.

Методологической основой теории ФАМ являются современные представления о зеркальной симметрии, нарушения симметрии правого и левого в природе. Не вызывает сомнений очевидная правомерность различения моторной, сенсорной, психической (а следовательно, и психопатологической) асимметрии человека, а также выделения индивидуального профиля асимметрии головного мозга. Под профилем ассимметрии последнего понимается присущее каждому данному субъекту определенное сочетание функциональных асиммет-

рий. Изучение ФАМ доказывает, что целостная психика предполагается тем более эффективной, чем более асимметричны составляющие ее процессы. Асимметрия последних проявляется только при одновременном и параллельном их осуществлении, возможном лишь при несходном функционировании полушарий мозга в их парной работе во времени.

В левом полушарии головного мозга локализованы: смысловое восприятие и воспроизведение речи, письмо, самосознание, тонкий двигательный контроль пальцев обеих рук, логическое, абстрактное, аналитическое мышление, арифметический счет, музыкальная композиция, пространство цветов, положительные эмоции. Оно хорошо «понимает» глаголы, «способно» на ложные высказывания.

В правом полушарии головного мозга локализованы: пространственно-зрительные способности, интуиция, музыка, интонация речи, грубые движения всей руки, целостное восприятие, отрицательные эмоции, юмор. Оно почти не понимает глаголов, абстрактных терминов. Отмечается достоверное повышение процента леворуких среди близнецов, гениев, психотических и слабоумных больных, людей с зависимым поведением.

В то же время представление о наличии четкой специализации психических функций правого и левого полушария мозга в настоящее время находит опровержение. Любая нервно-психическая функция, за исключением двигательной речевой активности, может осуществляться каждым из них. Однако в «неспециализированном» полушарии этот процесс более медленный и менее совершенный (Геодакян В. А., 1997).

В клинической психопатологии и психиатрии важное значение имеет исследование особенностей функциональной асимметрии головного мозга, связанной с проявлениями общей психопатологии. При унилатеральной электросудорожной терапии и латеральной фотостимуляции для лечения депрессивных и кататонических синдромов применяется наложение электродов или воздействие светом на недоминантное

полушарие. При наличии галлюцинаторных, депрессивно-параноидных, галлюцинаторно-параноидных и маниакальных синдромов воздействие оказывается на доминантное полушарие. Хорошо известен факт, что припадок, вызванный с недоминантного полушария, приводит к меньшим мнестическим нарушениям.

Все более отчетливы перспективы использования знаний о ФАМ в медикаментозном лечении больных. Примером может являться опыт лечения больных с комплексными психомоторными эпилептическими припадками финлепсином и депакином. Психомоторные припадки возникают у правшей при расположении очага эпилептической активности в лобно-височных отделах левого полушария головного мозга. Эффективность вышеназванных препаратов может быть объяснена тем, что они способствуют нормализации парной работы полушарий, нарушенной из-за дисфункции передних отделов левого полушария. Развитие психохирургии на современном этапе коррелирует с открытиями в области ФАМ и наоборот (Нобелевская премия по медицине 1981 г. была присуждена Р. Сперри за открытие функциональной специализации полушарий головного мозга после изучения больных, подвергшихся операции полной комиссуротомии).

Учение о ФАМ позволило Н.Н.Брагиной и Т. А. Доброхотовой создать таблицу синдромов, возникающих при избирательном поражении правого и левого полушария. Ниже приводятся данные поражения правого и левого полушария головного мозга у правшей (*табл. 6*)*.

---

* *Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А.* Функциональная асимметрия человека. М.: Медицина, 1988. 240с.

Таблица 6

Клинические особенности психопатологических синдромов и состояний при избирательном поражении полушарий головного мозга у правшей

Синдромы	*Клиническая характеристика*
Пароксизмальные синдромы при поражении правого полушария	
Галлюцинаторный	Ложные восприятия того, чего нет в действительности. Возможны слуховые, обонятельные, вкусовые и другие галлюцинации. Слуховые выражаются в мнимых ритмических звуках — музыкальных мелодиях, природных шумах — пении птиц, шуме моря. Обонятельные и вкусовые галлюцинации, возникающие обычно при поражении глубинных отделов височной доли правого полушария, имеют неприятный, тягостный характер
Дереализационный	Восприятие окружающего мира измененным, лишенным реальности. Возможны при этом разнообразные ощущения этой измененности: иной, чем есть в действительности, окраски мира: большей, чем привычно по прошлому опыту, яркости света; искажения пространственных очертаний, контуров, размеров, форм предметов (иногда разные по размерам, архитектурному решению дома и другие строения представляются сходными, не различающимися между собой). Крайний вариант дереализации — ощущение обездвиженности, мертвости, обеззвученности мира, когда все движущееся (включая окружающих людей) воспринимается больными обездвиженным.

Продолжение табл. 6

«Уже виденного»	Мгновенное ощущение, будто сейчас развертывающаяся реальная ситуация «уже пережита», «уже видена», «уже слышана», хотя подобной ситуации в прошлых восприятиях не было.
«Никогда не виденного»	Ощущение, противоположное предыдущему. Хорошо знакомая, много раз виденная, переживавшаяся ситуация воспринимается как «незнакомая», «никогда не виденная», чуждая.
«Остановка времени»	Мгновенное ощущение, будто время «остановилось». Оно обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Объемные, трехмерные предметы представляются плоскими, двухмерными, цвета — тусклыми. Больной воспринимает себя будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми
«Растягивание времени»	Ощущение, будто время «растянутое», более долгое, чем привычное больному по прошлому опыту. Оно иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным. «живым, движущимся», а серо-белое — цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или даже эйфоричным.
«Утеря чувства времени»	Ощущение, раскрываемое больными в других выражениях: «Времени будто нет», «Освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных — «более приятными»

Продолжение табл. 6

«Замедление времени»	Ощущение, будто время течет более медленно. Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь — «казенной», лица — «угрюмыми». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимают замедленными.
«Ускорение времени»	Ощущение, противоположное предыдущему. Время представляется текущим более быстро, чем привычное ему по прошлому опыту. Измененным кажется весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «неестествен», «нереален», люди воспринимаются «суетливые», очень быстро двигающиеся. Больные хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело. С ошибками определяют время суток и длительность событий
«Обратное течение времени»	Ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях: «Время течет вниз», «Время идет в обратном направлении», «Я иду назад по времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я». Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду-минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно».
Ритмическая повторяемость переживаний	Многократное повторение (через равные промежутки времени) раз виденного или слышанного. Ситуация как реальность уже исчезла, но в сознании больного она как бы мелькает, переживается снова и снова, будто она еще есть.

Продолжение табл. 6

Палинопсия	«Визуальная персеверация».Феномен близок предыдущему. Уже отсутствующая в реальной действительности ситуация как бы задерживается в поле зрения больного. Этот феномен может сочетаться с нарушением левого поля зрения, снижением или утерей топографической памяти.
Деперсонализационный синдром	Измененное восприятие собственного «Я» в различных вариантах. Могут восприниматься измененными соматическое или психическое «Я», возможны сочетания того и другого.
Соматическая деперсонализация	Встречается чаще. Иное, чем привычное по прошлому опыту, переживание или ощущение собственного тела или различных его частей. Больной хуже чувствует все тело или только левые его части. При максимальной выраженности им игнорируются (не воспринимаются) левые части тела, чаще рука: больной не пользуется левой рукой, если даже слабость в ней незначительна. Иногда нарушается ощущение целостности тела: оно или отдельные его части «увеличиваются» или «уменьшаются». Возможно ощущение множественности: например, больному представляется, что у него не одна (левая) рука, а несколько левых рук; при этом часто среди них он не различает свою собственную.
Психическая депресонализация	Измененное переживание своего «Я», своей личности, взаимоотношений с окружающими, эмоционального контакта с людьми, больные говорят, что лишаются чувств, теряют контакт со всеми окружающими людьми, употребляя при этом фразы: «Ухожу в другое пространство, а все остаются в этом пространстве», «Я становлюсь посторонним наблюдателем». «Без всяких чувств смотрю на то, что происходит в этом пространстве».

Продолжение табл. 6

Тотальная деперсонализация	Измененное восприятие и соматического, и психического «Я», которые как бы обретаются вновь, когда больной выходит из приступа. Описано одновременное возникновение «чуждости» собственного голоса, «физического расщепления тела на мельчайшие частицы», «расщепления психического «Я», «Все части тела существуют в это время как бы самостоятельно и обладают своим "Я", помимо общего "Я"».
Двухколейность переживаний	Больной продолжает воспринимать окружающую действительность; иногда воспринимается только то, что есть справа. При этом возникает второй поток переживаний в виде непроизвольного оживления, как бы повторного проигрывания в сознании какого-то конкретного отрезка прошедшего времени. В своем сознании больной дан как бы одновременно в двух мирах: в реальном и в том, который был. Содной стороны, он идентифицирует себя с тем, какой он есть сейчас и здесь (в настоящем времени и пространстве), а с другой — тем, каким был в конкретном отрезке прошедшего времени.
«Вспышка пережитого»	Состояние, впадая в которое, больной перестает воспринимать то, что есть в действительности (в реальном времени и пространстве), и как бы возвращается в какой-то отрезок прошедшего времени. В его сознании вновь проигрываются все события, которые были в прошлом, и переживаются они в их истинной последовательности. Больной воспринимает себя таким, каким был тогда.

Продолжение табл. 6

Онейроид	Кратковременное преходящее онейроидное состояние. Больной перестает воспринимать себя и окружающий мир такими, какие они есть в реальном времени и пространстве. В его сознании иной, нереальный мир, чаще мир фантастических событий (полеты в космос, встреча с инопланетянами). В ретроспективном (после выхода из приступа) описании больного иной мир выглядит лишенным пространственно-временных опор. В момент переживания онейроида он часто испытывает ощущение невесомости, близкое к «гравитационным иллюзиям», описанным как субъективное переживание изменения массы собственного тела, что объясняется активизацией в коре головного мозга тех энграмм, в которых запечатлен приобретенный опыт субъективных ощущений при кратковременных изменениях весомости тела
Эмоционально-аффективные нарушения	Возможны три варианта нарушений: 1) приступы тоски, страха или ужаса (при височной локализации поражения), сочетающиеся с висцеровегетативными расстройствами, обонятельными и слуховыми галлюцинациями; 2) эйфория с расслабленностью (при поражении теменно-затылочных отделов); 3) состояние безэмоциональности — преходящего перерыва аффективного тонуса (при височно-теменно-затылочном поражении), сочетающееся часто с явлениями деперсонализации и дереализации.

Продолжение табл. 6

Пароксизмальные синдромы при поражении левого полушария	
Галлюцинаторный	Наиболее часто — слуховые (словесные) галлюцинации. Больные слышат голоса, окликающие их по имени или сообщающие что-либо. Галлюцинации могут быть множественными: больной слышит сразу много голосов, не может разобрать того, о чем говорится
Афезии	Преходящие (моторные, сенсорные, амнестические) афазии, внезапно наступающие и быстро обрывающиеся. Такие преходящие нарушения речи в момент приступа возникают еще в тот момент, когда вне пароксизмов не наблюдается никаких изменений речи.
Нарушения мышления	Чаще — два противоположных друг другу состояния: 1) «провалы мыслей» — ощущение пустоты в голове, будто «прекратилось образование мыслей». Внешне в момент приступа больной выглядит тревожным, растерянным, на лице — выражение недоумения; 2) «насильственные мысли», «наплывы мыслей», «вихрь мыслей» — ощущение внезапного появления в сознании мыслей, не связанных но содержанию с текущей мыслительной деятельностью; иногда стремительно, «как молния», появляется множество мыслей, «мешающих друг другу», «от этих мыслей пухнет голова»; ни одна мысль не завершается, не имеет законченного содержания; переживаются они с оттенком тягостности, насильственности, непроизвольности — невозможности освободиться от них до тех пор, пока не закончится приступ

Продолжение табл. 6

Нарушения памяти	Возможны два крайних варианта: 1) «провал воспоминаний» — беспомощность, несостоятельность вспомнить нужные слова, имена близких, даже свой возраст, место работы; сопровождается растерянностью, тревогой; 2) «насильственное воспоминание» — мучительно тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить, но при этом остается недостижимым осознание того, что именно это состояние сочетается с тревожным ощущением, опасениями того, что с ним что-то «должно случиться».
Абсанс	Выключение больного из сознательной психической деятельности, которой он был занят до приступа. Поза, в которой застал больного приступ, сохраняется. Все признаки внимания в его облике исчезают: взгляд становится неподвижным, лицо — «каменным». Длится приступ мгновение, и собеседник может принять вынужденную паузу за естественную. Сам же больной не помнит о случившемся; как правило, наступает полная амнезия. Долгое время приступы могут не замечаться самим больным и окружающими. Становятся очевидными по мере их усложнения за счет добавления речевых и других феноменов.
Психомоторные припадки	Длятся минуты, часы, редко — несколько дней. Больной продолжает быть активным. Совершает разнообразные действия, иногда — сложную и последовательную психомоторную деятельность. От сумеречных состояний сознания эти припадки отличаются малой целесообразностью и меньшей последовательностью действий: больные бросаются куда-то бежать, начинают сдвигать с места чрезвычайно тяжелые предметы. Поступки и действия сопровождаются выкриками, обычно лишенными смысла. Поведение становится упорядоченным лишь по выходе из приступа, после которого наступает полная амнезия.

Продолжение табл. 6

Сумеречное расстройство сознания	Внезапно наступающее и вдруг обрывающееся состояние измененного сознания, для которого характерна реализация сложной последовательной психомоторной деятельности, заканчивающейся социально значимым результатом, а также полная амнезия. Условно различаются два варианта: 1) будучи в сумеречном состоянии сознания, больные продолжают реализовать ту программу, которая была в сознании до этого; 2) при сумеречном состоянии сознания, больные совершают действия и поступки, никогда не входившие в их намерения, чуждые их личностным установкам; эти действия обычно определяются психопатологическими переживаниями — галлюцинаторными, бредовыми, возникающими вместе с наступлением измененного состояния сознания. Первый вариант совпадает с состоянием, известным как амбулаторный автоматизм. При втором варианте возможно возникновение злобы, раздражения, гнева, агрессивности.
Синдром эмоциональных, аффективных нарушений	Многие из перечисленных выше пароксизмальных состояний (преходящие афазии, насильственные мысли и воспоминания и т. д.), как правило, сопровождаются аффектом тревоги, растерянности. Возможны самостоятельные пароксизмы, во время которых больные переживают аффект тревоги: становятся суетливыми, двигательно беспокойными, нетерпеливыми. Выражают опасения: «Что-то со мной должно случиться». Эти опасения всегда связаны с будущим.

Продолжение табл. 6

Непароксизмальные синдромы при поражении правого полушария	
Конфабуляторная спутанность	Нарушение сознания, при котором больной дезориентирован в пространстве и во времени так, что реальную действительность воспринимает как прошлое. Это выражается в обильных конфабуляциях: как случившиеся только что (в стационаре). Он называет события, бывшие когда-то в прошлом и в каком-либо другом месте (на работе, дома и т. д.). Больной ничего из происходящего не запоминает. Может быть двигательно беспокойным. Слова «здесь» и «теперь» для него лишаются смысла.
Корсаковский синдром	В состав синдрома обязательно входят дезориентировка в пространстве и во времени. Иногда больной дезориентирован и относительно собственной личности: амнезии — фиксационная, ретро-антероградная; конфабуляции (в ответ на вопрос, например, о том, чем занимался утром больной, может назвать событие, имевшее место много лет назад); ложные узнавания (в окружающих больной «узнает» своих родных, близких и называет их имена): эмоционально-личностные изменения (больные расслабленны, благодушны или даже эйфоричны, многоречивы, обнаруживают анозогнозию и при очевидной полной беспомощности сами себя считают здоровыми); расстройства восприятия пространства и времени (так, утром больной может сказать, что уже вечер, ошибается в сторону удлинения и в определении длительности событий). Этот синдром часто сочетается с левосторонними гемипарезом, гемианестезией, гемианопсией, а также игнорированием левого пространства.

Продолжение табл. 6

Левосторонняя пространственная агнозия	Прекращение восприятия (игнорирование) больным событий, которые происходят слева от него. Игнорируются все стимулы: зрительные, слуховые, тактильные. Больной плохо чувствует свое тело или вовсе его не воспринимает, чаще это относится к левым частям, особенно к левой руке. Игнорируется левая часть текста при чтении, левая часть бумаги при рисовании и т. д. Больной эйфоричен, расслаблен, обнаруживается анозогнозия.
Тоскливая депрессия	Тоска, двигательная и идеаторная заторможенность. Такая триада симптомов возникает обычно при поражении височного отдела правого полушария. Больной малоподвижен, говорит тихо, медленно; на лице застывает одно выражение.
Псевдологический синдром	Тенденция у больного упоминать или даже подробно описывать как случившиеся события, в действительности не имевшие места. Как правило, из таких псевдологических высказываний он не извлекает никакой выгоды. Больной обычно многоречив, благодушен, быстро вступает в контакт с окружающими людьми.
Эмоционально-личностные изменения	Наиболее часто и ярко — тенденция к преобладанию благодушного или эйфорического настроения, неадекватного состоянию больного, его тяжести. Снижается критика. Нередко неосознавание и отрицание своего заболевания, болезненности состояния — анозогнозия. Иногда эйфория в выраженной степени сочетается с двигательной активностью вплоть до расторможенности: больные веселы, многоречивы, подвижны, хотя могут обнаруживать левостороннюю гемиплегию, слепоту и другие признаки глубокой несостоятельности.

Продолжение табл. 6

Расстройства сна и сновидений	Часто — увеличение числа сновидений: «Впечатление такое, будто всю ночь вижу сны». Иногда возникают цветные сновидения. Больной нередко отмечает, что ему бывает трудно отличить то, что было во сне, от того, что происходило в действительности. У некоторых больных отмечается стереотипное повторение одного и того же сна; просыпаясь утром каждого дня, больные рассказывают, что видели «тот же сон в той же последовательности».
Периодический психоз	Напоминает маниакально-депрессивный психоз, где периодически повторяются состояния, напоминающие гипоманиакальное и депрессивное. Отличаются они большей выраженностью не собственно эмоционального компонента, а общей активности: при «хороших» состояниях больные повышенно активны, продуктивны, мало спят; при плохих состояниях — чувствуют вялость, сонливость, пассивность, утомляемость.
Непароксизмальные синдромы при поражении левого полушария	
Дисмнестический синдром	Основное — ослабление словесной (вербальной) памяти. Больной забывает слова, имена, номера телефонов, действия, намерения и т. д. Забывание не доходит до степени невозможности воспроизведения нужной информации. У больного есть понимание дефекта и активное стремление к компенсации. Он заводит записные книжки, записывает все, что подлежит запоминанию.
Тревожная депрессия	Тревога и двигательное беспокойство, растерянность. Больной находится как бы в беспрерывных поисках двигательного покоя: меняет положение, встает, садится и вновь поднимается. Вздыхает, недоуменно озирается по сторонам, вглядывается в лицо собеседника. Высказывает опасения, что с ним что-то должно случиться.

Продолжение табл. 6

Бредовый синдром	Основное - нарушение мышления с ошибками суждения, не поддающимися коррекции. Больной становится все более недоверчивым, тревожным. Подозревает окружающих в недоброжелательном к нему отношении, намерении нанести ему вред (отравить, изуродовать, плохо на него воздействовать). Внешне больной напряжен. Иногда отказывается от еды, лекарств.
Изменения речи	Еще до проявления афазий может быть речевая аспонтанность с отсутствием побуждений к речевой деятельности или все более частыми становятся оговорки, когда больной одно слово заменяет другим и сам этого не замечает. Речь становится односложной, все менее развернутой.
Расстройства сна и сновидений	Урежение сновидений. Иногда больной отмечает исчезновение сновидений как одного из признаков изменений его сна и сновидений.
Эмоционально-личностные изменения	При поражении лобных отделов больной все менее инициативен, аспонтанен, височных — все более тревожен, напряжен, растерян; наступает как бы повышение бдительности, больной постоянно мобилизован. При поражении задних отделов левого полушария обычно преобладает страдальческий оттенок в настроении больных.

6.2. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Нейропсихология имеет своей теоретической основой положения психологической теории, разработанные в трудах

Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, А. Н. Леонтьева и др. Важнейшей теоретической предпосылкой нейропсихологии является понимание психической функции как функциональной системы, состоящей из иерархически связанных между собой звеньев. При этом выделяются звенья, инвариантные для выполнения функциональной системой своей роли — цель, результат и вариативные — операции, средства достижения результата.

Такой подход позволил сформулировать теорию мозговой системной динамической локализации психологических функций. Согласно этой теории, всякая психологическая функция обеспечивается совместной интегративной работой различных мозговых структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в реализацию определенного звена функциональной системы.

А. Р. Лурия выделяет три основных структурно-функциональных блока, обеспечивающих интегративную деятельность головного мозга:

- энергетический блок, или блок регуляции тонуса активности головного мозга;
- блок приема, переработки и хранения экстрацептивной информации;
- блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Каждая высшая психологическая функция осуществляется при участии всех трех блоков головного мозга.

Первый блок включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола, лимбическую систему, медиобазальные отделы лобной и височной коры головного мозга; *второй* включает основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга; *третий* включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей головного мозга.

Данная модель деятельности головного мозга объясняет,

как аномальное функционирование отдельных его структур в случае поражения может приводить к определенному дефекту психических процессов.

Патология головного мозга обычно приводит к нарушению работы отдельных мозговых зон или взаимодействия между ними, в связи с чем психический процесс страдает не глобально, а избирательно. При этом остаются сохранные звенья, обеспечиваемые работой интактных мозговых зон или систем. Степень дефицитарности определяется ролью пострадавшего звена в реализации целостной психологической функции.

В основе нейропсихологического изучения нарушений высших психических функций у больных с локальными поражениями головного мозга лежит синдромный анализ.

Основные понятия синдромного анализа:

1. Нейропсихологический симптом — понятие, обозначающее нарушение высшей психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга. Нейропсихологические симптомы делятся на первичные, непосредственно связанные с нарушением деятельности головного мозга, и вторичные — возникающие как следствие первичных по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

2. Нейропсихологический синдром — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное выпадением (или нарушением) определенного мозгового фактора.

3. Под фактором в нейропсихологии понимаются те физиологические процессы (а не сами мозговые структуры), которые протекают в определенных мозговых структурах.

4. Синдромный анализ — анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего мозгового основания, объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов. Синдромный анализ предполагает тщательную качественную квалификацию нарушений психических функций, а не просто констатацию того, что функция нарушена. Синдромный анализ включает сопоставление пер-

вичных нарушений, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Синдромный анализ предполагает необходимое изучение состава не только нарушенных, но и сохранных высших психических функций.

5. Нейропсихологическая диагностика — исследование локальных поражений головного мозга с помощью нейропсихологических методов в целях постановки топического диагноза. Нарушения высших психических функций могут протекать в различных формах:

- грубое расстройство или выпадение функции;
- патологическое ослабление или усиление;
- снижение уровня выполнения функции.

Основная классификация корковых нейропсихологических синдромов построена на топическом принципе. В соответствии с ним выделяют синдромы поражения затылочных, височных, теменных, ассоциативных теменно-затылочно-височных, премоторных и префронтальных отделов коры головного мозга. С этих позиций в коре последнего выделены отделы по функционально-морфологическому принципу.

Задние отделы больших полушарий головного мозга объединяют корковые зоны зрительной,слуховой и кожно-кинестетической анализаторных систем. В коре задних отделов головного мозга выделяют «ядерные зоны анализаторов» и «периферию» (Павлов И. И.), или первичные, вторичные и третичные поля. К ядерным зонам относят первичные и вторичные поля.

Первичное поле зрительного анализатора — 17, вторичные — 18, 19; первичное поле слухового анализатора —41, вторичные 42,22; первичное поле кожно-кинестетического анализатора — 3, вторичные — 1,2 и частично 5.

В коре первичных полей развит преимущественно четвертый афферентный слой нейронов. Значительная часть их обладает высокой модальной специфичностью. Например, нейроны поля 17 избирательно реагируют на определенные при-

знаки зрительных раздражителей (оттенки цвета, характер линий, и т. п.). Кроме того, в первичных полях имеются нейроны мультимодального типа и нейроны, реагирующие на воздействие неспецифических (лимбико-ретикулярных) систем. Все первичные поля характеризуются топическим принципом организации: каждому участку рецепторной поверхности (сетчатки, кортиева органа, кожи) соответствует определенный участок первичной коры. Величина зоны представительства в первичной коре того или иного рецепторного участка зависит от его функциональной значимости. Функции первичной коры состоят в максимально тонком анализе различных физических параметров стимулов определенной модальности, на основе которого возникают ощущения.

Вторичные корковые поля по своей цитоархитектонике характеризуются большим развитием второго—третьего слоя клеток. Для этих нейронов характерно детектирование сложных признаков раздражителей, но модальная специфичность сохраняется. Усложнение детекторных селективных свойств нейронов вторичных зон происходит путем конвергенции на них нейронов первичных зон. Вторичные корковые поля осуществляют синтез раздражителей в пределах анализатора и обеспечивают гностические функции психики (восприятие).

Третичные поля коры задних отделов больших полушарий головного мозга занимают верхнетеменную область (поля 7 и 40), нижнетеменную область (поле 39), средневисочную область (поле 21 и частично 37) и зоны перекрытия височной (temporalis), теменной (parietalis) и затылочной (occipitalis) коры (поле 37частично 39) — зоны ТРО.

Цитоархитектоника этих зон определяется максимальным развитием второго—третьего ассоциативного слоя коры головного мозга. Поля не связаны лишь с другими областями коры. Функциональное значение третичных полей многообразно: конвергенция разномодальной информации, что необходимо для целостного восприятия, создания сенсорной модели мира; осуществление сложных надмодальных видов психи-

ческой деятельности — символической, конструктивной, речевой, интеллектуальной (особенно зоны ТРО).

Передние отделы больших полушарий включают моторные, премоторные и префронтальные зоны лобных долей.

Моторная (поле 4) и премоторная (поля 6,8) лобная кора имеет агранулярное строение и характеризуется хорошим развитием пятого моторного слоя клеток-пирамид. Это ядерная зона двигательного анализатора.

В первичном поле 4, построенном по соматотопическому признаку, различные участки поля иннервируют различные группы мышц на периферии (поперечно-полосатая и гладкая мускулатура) в зависимости от функциональной значимости. В пятом слое поля 4 содержатся самые крупные клетки ЦНС — большие пирамидные клетки Беца, дающие начало пирамидному пути, который участвует в реализации точно дозированных и дифференцированных движений, полностью подчиненных произвольному контролю (фазический тип движений).

Вторичные поля (6,8) двигательного анализатора имеют также хорошо развитый пятый слой, но он представлен другим типом двигательных нейронов — малыми пирамидами. Отсюда берет начало экстрапирамидный путь, с функционированием которого связаны регуляция тонуса, коры, настроечные движения, автоматизированные движения, физиологические синергии, мимика, пантомимика. Поле 44 (зона Брока) имеет отношение к управлению оральными движениями и движениями речевого аппарата.

Третичные поля лобных долей головного мозга — префронтальная кора (поля 9, 12, 46, 47) целиком состоит из мелких зернистых клеток-гранул (гранулярная кора). Эти нейроны находятся во втором—третьем слое, обладают короткими аксонами и разветвленными дендритами и несут ассоциативные функции.

Префронтальная кора связана многочисленными связями с корой задних отделов больших полушарий головного мозга, а также с неспецифическими системами. Эти отделы по восхо-

дящим путям получают активизирующее воздействие от ретикулярной формации, но и сами оказывают регулирующее влияние на нее, приводя состояние активности в соответствие с различными формами поведения. Префронтальные отделы играют ведущую роль в программировании и контроле за протеканием психических функций, в формировании замыслов и целей психической деятельности, в регуляции и контроле за результатами отдельных действий, деятельности и поведения в целом.

Поражение первичных полей ведет к элементарным расстройствам сенсомоторных и моторных функций. Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей при сохранности элементарной чувствительности и элементарных движений.

Локальные поражения коры больших полушарий головного мозга вызывают различные варианты трех основных синдромов:

- агнозии — гностические расстройства, отражающие нарушение разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестетического) при сохранности элементарной чувствительности;
- афазии — нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария головного мозга (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха;
- апраксии — нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, возникающие при локальных поражениях вторичных и третичных полей двигательного анализатора и не сопровождающиеся элементарными двигательными расстройствами (параличи, парезы, тремор).

Систематика НПС производится по двум основаниям — по клинической структуре и по связи с локализацией поражения (*рис. 27*).

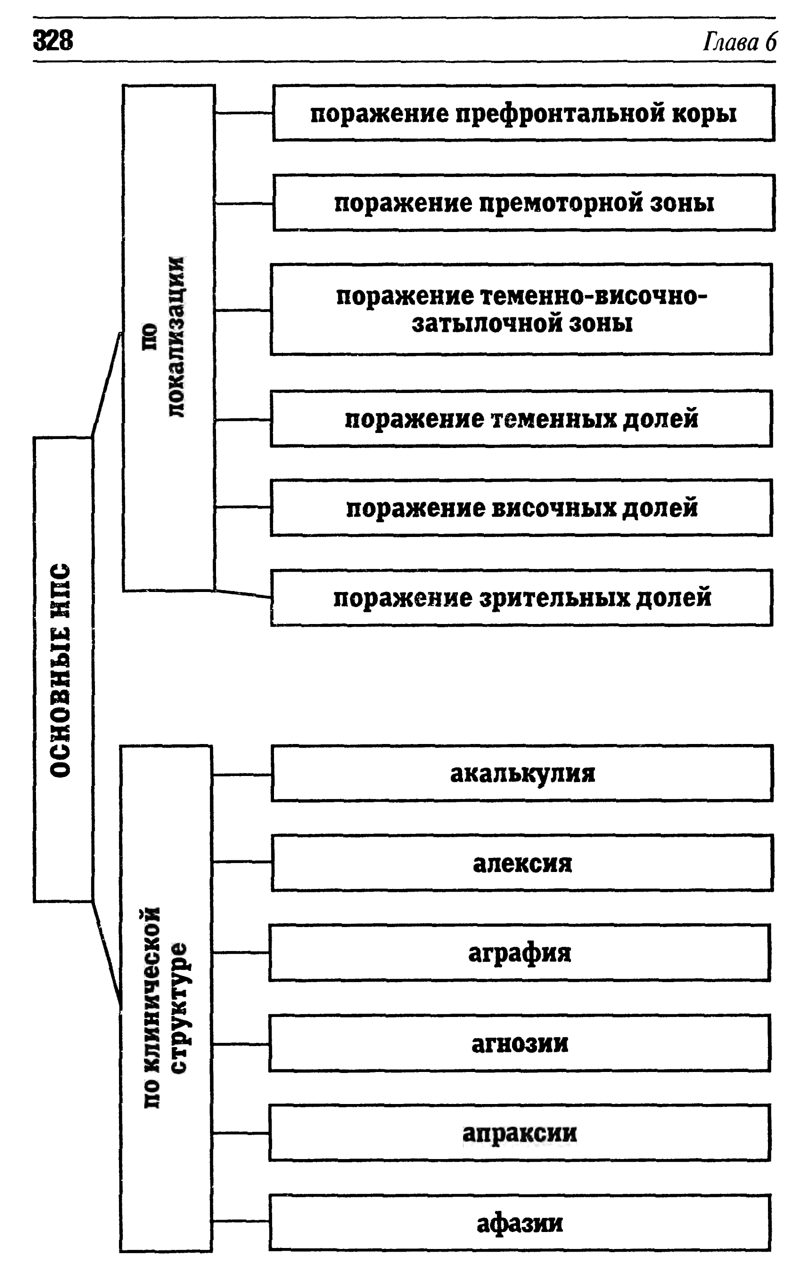


Рис. 27 Систематика НПС (выпадения высших корковых функций)

В основу дальнейшего описания нейропсихологических синдромов положен принцип локализации поражения, а не клинический (феноменологический).

Нейропсихологические синдромы поражения затылочных отделов больших полушарий головного мозга

Зрительные агнозии. Это группа нейропсихологических синдромов, проявляющихся в невозможности узнавания и познания предметов или затрудненности в процессе их зрительного восприятия. В их основе лежат поражения цитоархитектонических полей 18, 19, 37, 39, 40, нарушения модально-специфических зрительного и зрительно-пространственных факторов, в результате чего возникают различные нарушения зрительно-перцептивной деятельности в виде зрительных агнозий. Зрительные агнозии проявляются в том, что при сохранности зрения человек не узнает предметы или их изображения.

Виды зрительных агнозий:

1. Предметная агнозия состоит в невозможности или затрудненности узнавания предмета в целом при сохранном опознании отдельных его признаков или частей. Предметная агнозия — левополушарный синдром, но в наиболее грубой форме эта агнозия встречается при двустороннем поражении «широкой зрительной сферы». При грубых нарушениях узнавания больные не натыкаются на предметы, однако постоянно ощупывают их или ориентируются по звукам. Чаще зрительная агнозия проявляется в скрытой форме при выполнении специальных зрительных задач: распознавании контурных, перечеркнутых, наложенных друг на друга, перевернутых изображений. При предметной агнозии трудности опознания формы объектов являются первичными и в наиболее «чистом» виде проявляются именно при опознании контуров объектов. При тахистоскопическом предъявлении у больных со зрительной агнозией

резко увеличиваются пороги узнавания изображений (5—10 мс—в норме, до 1с и больше — при зрительной агнозии).

2. Оптико-пространственная агнозия в наиболее грубой форме наблюдается при двустороннем поражении затылочно-теменных отделов коры головного мозга. При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. Нарушается лево-правая ориентировка, больные не «читают» географическую карту, нарушена ориентировка в сторонах света. Больные не могут передавать на рисунке пространственные признаки объектов: дальше—ближе, больше—меньше, слева—справа, вверху—внизу. Рисунок чаще нарушается при поражениях правого полушария головного мозга. При правостороннем поражении часто нарушается возможность зрительной афферентации пространственно-организованных движений («праксис позы»). Больной не может скопировать позу (пробы Хеда), с этим связаны трудности в бытовых двигательных актах, например, при одевании (апраксия одевания). Сочетание зрительно-пространственных и двигательных расстройств называют апрактоагнозией. Оптико-пространственная агнозия может нарушать навык чтения — возникают трудности прочтения букв с лево-правыми признаками (Э — Е).

3. Буквенная (символическая) агнозия возникает при одностороннем поражений левой затылочно-теменной области головного мозга. Нарушается идентификация букв (или цифр) при сохранности их копирования. У таких больных распадается и навык чтения — возникает первичная алексия.

4. Симультанная агнозия возникает при двустороннем или правостороннем поражении затылочно-теменных отделов коры. Проявляется в невозможности одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в целом. Обрабатывается только одна единица зрительной информации, являющаяся в данный момент объектом внимания пациента. Больной не в состоянии понять общий смысл изображенной сюжетной картинки, перечисляя ее элементы. Нередко

симультанная агнозия сопровождается нарушениями движений глаз — «атаксия взора». Взор больного становится неуправляемым, глаза совершают непроизвольные скачки, что создает трудности в организованном зрительном поиске.

5. *Лицевая агнозия* проявляется при поражении правого полушария мозга. Нарушение зрительного гнозиса состоит в потере способности распознавать реальные лица или их изображения (на рисунках, фотографиях). Степень выраженности синдрома может быть различной: от нарушения запоминания лиц в специальных экспериментальных заданиях до неузнавания родных и близких и даже самого себя в зеркале.

6. *Цветовая агнозия* возникает при правополушарной локализации поражения. Различают собственно цветовую агнозию и нарушение распознавания цветов как таковых («цветовая слепота»). Цветовая агнозия наблюдается на фоне сохранности цветоощущения. Она проявляется трудностями в дифференцировке смешанных цветов (оранжевый, фиолетовый) и нарушением узнавания цвета в реальном предмете с сохранностью узнавания цветов как таковых, предъявленных на карточке. Таким образом, у больных с цветовой агнозией затруднена категоризация цветовых ощущений.

Модально-специфические нарушения внимания. Отдельную группу составляют симптомы нарушения зрительного (модально-специфического) внимания в виде игнорирования левой части зрительного пространства, особенно при большом объеме зрительной информации или при одновременном предъявлении зрительных стимулов в поля зрения, информация от которых поступает ипсилатерально. Такие больные при копировании рисунка изображают только правую его половину; а также при описании рисунка со сложным сюжетом больной «не замечает» изображенного в левой половине картинки или дает неверное его описание. Может натыкаться на предметы, расположенные слева от него. Зрительное невнимание имеет место при поражении правого полушария го-

ловного мозга. Часто это расстройство отражает начальную стадию поражения зрительных анализаторных структур и в дальнейшем может перейти в гностические расстройства или одностороннее нарушение полей зрения (гемианопсию).

Оптико-пространственная апраксия. Появляется при поражении затылочных долей головного мозга, особенно справа, страдает пространственная организация двигательных актов. В результате возникает пространственная (конструктивная) апраксия. При сочетании оптико-пространственных и двигательно-пространственных расстройств говорят об апрактоагнозии.

Оптико-мнестическая афазия. Возникает при поражении теменно-затылочной коры на границе с вторичными височными полями. При этом нарушении речи происходит рассогласование наглядно-образных представлений с вербальным знаковым обозначением. Нарушается припоминание слов, обозначающих конкретные предметы. Таким образом, центральным симптомом этого вида афазии являются трудности называния предметов.

Нейропсихологические синдромы поражения височных отделов больших полушарий головного мозга

Слуховые (акустические) агнозии. Височные нейропсихологические синдромы различаются в зависимости от стороны поражения в связи с четкой латерализацией мозговых механизмов речевых функций и возникают при поражении полей 42, 22 (вторичных и третичных) слухового анализатора.

Виды слуховых агнозий:

1. Речевая акустическая агнозия. Чаще называется сенсорной афазией, так как в основе ее лежит нарушение фонематического слуха, который обеспечивает дифференцированный

анализ смыслоразличительных звуков речи. Возникает при поражении зоны Вернике, височная область коры левого полушария головного мозга (зона Т; поля 42, 22). Степень выраженности агнозии может быть различной: от полной неспособности различать фонемы родного языка (родная речь воспринимается как набор звуков без смысла) до затруднения понимания близких фонем, редких и сложных слов, речи в быстром темпе или произносимой в «затрудненных» условиях. Вторично страдают и другие виды речи — экспрессивная речь в грубых случаях представляет собой «словесный салат», когда больные произносят непонятный набор звуков. В более легких случаях они заменяют одни слова другими (вербальные парафазии) или в словах заменяют одни звуки другими (литеральные парафазии). Последние наиболее характерны для сенсорной афазии. Нарушено также письмо под диктовку и чтение вслух.

2. Слуховая агнозия возникает при поражении ядерной зоны слухового анализатора справа. При этом виде агнозии больной не узнает привычных бытовых, предметных и природных шумов (скрип дверей, шум льющейся воды, и т. п.).

3. Аритмия — выражается в том, что больные не могут правильно «оценить на слух» и воспроизвести ритмические структуры. При поражении правого виска нарушается восприятие структурной оформленности ритма как целого, при поражении левого виска — анализ и синтез структуры ритма, а также его воспроизведение.

4. Амузия проявляется в нарушении способности узнавать и воспроизводить знакомую или только что услышанную мелодию. Поражение локализуется в правом полушарии, височной доли. Часто больные с амузией оценивают слышимые звуки как болезненно неприятные (до головной боли).

5. Нарушение интонационной стороны речи (просодии) выражаются в том, что больные не различают интонаций в речи других, кроме того, их собственная речь невыразительна: голос лишен модуляций и интонационного разнообразия. Данное нарушение характерно для правовисочного поражения.

При грубых формах нарушения затруднена идентификация речи по полу, возрасту, знакомости.

Акустико-мнестическая афазия. Возникает при поражении медиобазальных отделов коры левой височной области, вне ядерной зоны звукового анализатора, поле 21 и частично 37. При акустико-мнестической афазии фонематический слух остается сохранным, но для понимания смысла всего высказывания необходимо удержать в памяти весь акустический ряд. Больной неспособен запомнить даже сравнительно небольшой речевой материал вследствие нарушения слухоречевой памяти. Объем ее резко сужается до двух-трех элементов при семи (+две) в норме. В результате возникает вторичное, из-за слабости слухоречевых следов, непонимание устной речи. Имеются нарушения речи амнестического типа — трудности в активной устной речи в виде поиска нужных слов, вербальных парафазий.

У этих больных скудная речь, они часто пропускают слова (чаще существительные). Центральным симптомом является снижение объема запоминания. Снижается также скорость переработки словесной информации. При воспроизведении характерным является «фактор края» — воспроизводятся первые или последние два-три слова. Для больных с акустико-мнестической афазией характерно явление реминисценции — лучшее воспроизведение словесного материала через несколько часов после его предъявления. Важным диагностическим критерием является отсутствие увеличения продуктивности воспроизведения при заучивании, которое в ряде случаев может приводить к истощению функции запоминания и ухудшению первоначально достигнутых показателей. Особенно отчетливо модально-специфические нарушения слухоречевой памяти выступают в условиях интерферирующей деятельности, заполняющей интервал времени между запоминанием и воспроизведением. Кроме того, имеются тормозящие влияния внутристимульной интерференции, приводящей к сужению объема непосредственного воспроизведения. Вербальный матери-

ал, объединенный внутренними смысловыми связями (рассказ), запоминается легче, чем серия отдельных слов.

Поражение симметричных отделов правого полушария головного мозга приводит к нарушению памяти на неречевые и музыкальные звуки, что проявляется в трудностях запоминания ритмических структур при увеличении объема содержащихся в них элементов, а также в невозможности воспроизвести заданную мелодию.

Слуховое невнимание. Связано с поражением височной доли правого полушария головного мозга и состоит в игнорировании поступающей в левое ухо информации при одновременном предъявлении стимулов (методика дихотического прослушивания, предложенная Д. Кимурой). Те же звуки, предъявленные отдельно на правое и левое ухо, воспринимаются нормально.

Модально-неспецифические нарушения памяти. Возникают при поражении медиобазальных отделов височной области коры больших полушарий головного мозга. Эти отделы входят в его лимбическую систему, характеризующуюся очень сложными функциями и являющуюся составной частью первого энергетического блока. Лимбические отделы височной коры, в частности гиппокампа, обеспечивают модуляцию тонуса коры. При снижении тонуса нарушается возможность избирательного запечатления следов. Дефекты «общей памяти» проявляются у больных в трудностях непосредственного удержания следов любой модальности. При более массивных поражениях этих отделов мозга нарушения кратковременной памяти приближаются по интенсивности к Корсаковскому синдрому (фиксационная амнезия, амнестическая дезориентровка, парамнезии).

Эмоциональные нарушения. Возникают при поражении медиобазальных отделов височной коры головного мозга (лимбическая система). Для височных поражений характерны различия между право- и левовисочной локализацией патологического очага.

При поражении коры правой височной доли возможны два типа аффективных нарушений:

- пароксизмы чрезмерных по силе эмоций с оттенком страдания (тоски, страха, ужаса), которые могут сопровождаться галлюцинациями и висцеровегетативными изменениями;
- пароксизмы, включающие переживание дереализации и деперсонализации с резким уменьшением эмоциональности или эйфорическим фоном настроения. Во втором случае нет грубых изменений личности. Имеется склонность к переживаниям с депрессивным оттенком, не достигающим уровня депрессии. Больные адекватны в своем отношении к окружающим, самим себе. При поражении правой височной доли обнаруживаются нарушения распознавания эмоционально-просодических характеристик речи (метод опознания эмоций по голосу) и нарушения распознавания эмоций по мимике. Клинические наблюдения за больными с левовисочным поражением показали, что ведущим здесь является преобладание депрессивно-тревожных переживаний с активизацией и двигательным беспокойством. На фоне постоянного эмоционального напряжения и тревоги все более проявляются настороженность, подозрительность, раздражительность, конфликтность.

Нарушения сознания. Появляются при поражении медиальных отделов височной области головного мозга. В тяжелых случаях это просоночные состояния сознания, спутанность. В более легких случаях — трудности ориентировки в месте, времени (правое полушарие); абсансы; состояния «уже виденного» и «никогда не виденного».

Нейропсихологические синдромы поражения теменных отделов больших полушарий головного мозга

Тактильные агнозии. Возникают в связи с поражением вторичных полей теменной коры (1, 2 и частично 5) и

третичных (39, 40). Тактильными агнозиями обозначаются нарушения узнавания объектов на ощупь при сохранности тактильных ощущений.

Виды тактильных агнозий:

1. *Астереогноз, или тактильная предметная агнозия* проявляется в невозможности интегрировать тактильные ощущения в образ восприятия, неузнавание предмета на ощупь. Больной правильно оценивает признаки предмета, но не опознает его в целом. В некоторых случаях могут неверно опознаваться форма, размер, материал, из которого сделан объект. При поражении левого полушария нарушения тактильного гнозиса возникают только в контрлатеральной (правой) руке. Поражение теменных отделов правого полушария приводит к нарушению этих функций и в инсилатеральной (левой) руке.

2. *Пальцевая агнозия (синдром Герштмана)* проявляется в нарушении способности называния пальцев руки при прикосновении обследующего к ним на руке, контрлатеральной очагу поражения, при закрытых глазах больного.

3. *Тактильная алексия (дермоалексия)* проявляется в невозможности узнавания букв и цифр, которые рисуются обследующим на руке больного.

4. *Соматоагнозия (нарушение схемы тела)* проявляется в трудностях узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу; в появлении ложных соматических представлений (изменение размеров головы, руки, языка, удвоение конечностей), в игнорировании левой половины тела. При правосторонних поражениях теменной области коры собственные дефекты часто не воспринимаются больным — симптом анозогнозии. Поражение при этом виде агнозии локализовано в правом полушарии, верхнетеменной области.

Афферентная моторная афазия. Расстройство кинестетической основы речевого моторного акта, проявляющееся в трудностях артикуляции речевых звуков и слов в целом, в смещении близких артикулем. Эта форма афазии воз-

никает при поражении нижних отделов теменной области левого полушария (поле 40). Афферентная моторная афазия выражается не только в трудностях артикуляции, больные также неправильно воспринимают близкие артикулемы. Это объясняется тем, что артикулярные теменные зоны коры тесно взаимодействуют с воспринимающими височными зонами. У таких больных нередко нарушается оральный праксис — они не могут повторить по инструкции или образцу оральные движения и позы. Трудности речевой артикуляции могут носить скрытый характер и проявляться в специальных условиях при произнесении скороговорок, сложных слов.

Кинестетическая апраксия — нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, не сопровождающееся четкими элементарными двигательными расстройствами (параличами и парезами). Возникает при поражении полей 1, 2, частично 40 преимущественно левого полушария. При поражении правого полушария возможна кинестетическая апраксия только в левой руке. Страдает кинестетическая основа движений. Они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом «рука-лопата»). У больных нарушается письмо (аграфия), возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы); они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, закуривание сигареты). Движения в определенной степени могут быть скоординированы при усилении зрительного контроля.

Синдром тактильного невнимания. Возникает при поражении теменных областей головного мозга справа. Выявляется при помощи методики двойной тактильной стимуляции Тойбера: экспериментатор одновременно касается одних и тех же участков кистей рук больного с одинаковой интенсивностью. От больного требуется, чтобы он с закрытыми глазами определил число прикосновений. В этих условиях он как бы «не замечает», игнорирует прикосновение к левой руке. Если при-

касаться раздельно, больной все оценивает правильно. Гораздо реже обнаруживается игнорирование прикосновения справа.

Нейропсихологические синдромы поражения третичных височно-теменных затылочных отделов коры (зоны ТРО)

Зоны ТРО обеспечивают наглядный пространственный и «квазипространственный» анализ и синтез, необходимый для комплексного отражения внешнего мира. А. Р.Лурия, различая наглядный и «квазипространственный» анализ и синтез, имел в виду под первым отражение субъектов собственно пространственных характеристик внешнего мира, а под вторым — словесное обозначение пространственных координат (сверху-снизу, под-над и т. п.), а также логические отношения, требующие для своего понимания соотнесение входящих в них элементов в некотором условном пространстве. К последним относятся специфические грамматические построения, смысл которых определяется окончаниями слов (брат отца, отец брата); расстановкой слов (платье задело весло, весло задело платье); предлогами, отражающими последовательность событий во времени (лето перед весной), несовпадением реального хода событий и порядка слов в предложении (я позавтракал после того, как прочел газету).

«Квазипространственные» отношения включают также операции с числами и интеллектуальные процессы. Понимание числа связано с жесткой пространственной сеткой размещения разрядов — единицы, десятки, сотни и т. д. (104—1004, 17—71). Операции с числами возможны только при удержании в памяти схемы числа и вектора производимой операции (умножения, деления и т. п.). Решение арифметических задач требует понимания условий, содержащих в себе логические сравнительные конструкции (больше-меньше во столько раз, на столько-то и т. п.). Современные представления о семантической организации речи также позволяют говорить о «ква-

зипространстве» — взаимосвязи и взаиморасположении слов и понятий в лексической системе языка в виде сети значений, семантических схем и полей.

Поэтому при поражении зон ТРО возникает сложный синдром нарушений, затрагивающий самые различные психические процессы, объединенные тем, что в них присутствует фактор операции с пространственными характеристиками информации, реальными или условными.

Конструктивная апраксия. Возникает при поражении зоны ТРО справа и проявляется в нарушениях ориентировки в объективном пространстве. Больные не ориентируются в знакомых маршрутах, плане собственной квартиры, отделении больницы. Испытывают трудности при рисовании планов, географической карты, расстановке стрелок на часах без цифр. Затруднено выполнение конструктивных проб — кубики Кооса, куб Линка, а также срисовывание с образца. При выполнении проб Хеда больные путают правую и левую руку, половины тела. На рисунке больные изображают сначала его отдельные части, лишь затем доводя его до целого. Проявляется тенденция изображать реалистические подробности (при левополушарном поражении рисунок выполняется схематически).

Аграфия. При поражении в зоне ТРО слева нарушается письмо в связи с нарушением актуализации пространственно ориентированных элементов букв; трудности дифференцировки букв в правильном или зеркальном изображении.

Алексия. Левостороннее поражение зоны ТРО проявляется также в нарушении чтения по той же причине, что и аграфия.

Акалькулия. Возникает при поражении зоны ТРО слева. Здесь страдают счетные операции в звене понимания смысла числа из-за дефектов, связанных с распадом его разрядного строения. Дефект счета может наблюдаться также при выполнении арифметических действий с числами — трудности пе-

рехода через десяток, нарушение последовательности действий. При правополушарной патологии имеются ошибки в автоматизированном счете (ответы по таблице умножения) или ошибки в наиболее автоматизированных звеньях счета.

Семантическая афазия. Поражение зоны ТРО слева вызывает речевое расстройство, характеризующееся нарушением понимания обращенной к больному речи, если в нее включены речевые конструкции, описывающие реальные пространственные отношения (Например: «Нарисуйте треугольник слева от круга»), либо сложные логико-грамматические структуры.

Амнестическая афазия. Также левополушарное поражение зоны ТРО, приводящее к расстройству номинативной функции речи. Больные затрудняются в актуализации слов-наименований для предъявленного объекта. Эти нарушения могут проявляться в увеличении латентного периода ответов, замене номинации определением функции предмета, парафазиях.

Нейропсихологические синдромы поражения премоторных отделов коры

Премоторные отделы коры включают вторичные корковые поля двигательной системы (6, 8, 44, 45). Поражение этих отделов приводит к нарушению двух факторов:

- модально-специфического, обеспечивающего временную корковую организацию движений во времени — важнейший аспект регуляции движений, так как объединяет отдельные двигательные элементы в единую динамическую систему;
- модально-специфического, подвижности — инертности нервных процессов.

Это отражается на нейродинамике высших психических функций, снижая их подвижность, лабильность.

Кинетическая апраксия. Поражение верхних отделов премоторной области. Левополушарные очаги обусловлива-

ют появление патологических симптомов в обеих руках, тогда как правополушарные — только в левой руке. Это свидетельствует о доминирующей роли левого полушария мозга в обеспечении кинетического фактора в праксисе.

Двигательная симптоматика складывается из различных нарушений плавности, автоматизированности, последовательности, двигательных актов как простых, так и сложных. А. Р. Лурия обозначал их как «распад кинетической мелодии». Центральным симптомом в премоторном синдроме является наличие двигательных персерваций — бесконтрольных, плохо осознаваемых циклических элементов движений, представляющих собой повторение начавшегося двигательного акта. Таким образом, невозможным становится переход к следующему звену программы. При менее грубой патологии эти трудности представлены в виде изолированного выполнения каждой из частей программы с постоянным произвольным контролем (дезавтоматизация), упрощением и укорочением последовательности.

При данной локализации патологического процесса обнаруживаются нарушения письма в виде его дезавтоматизации, перехода к раздельному написанию букв; утеря индивидуальных особенностей почерка. Письмо переходит на уровень произвольного развернутого исполнения или появляются персерверации — больной, начав писать, пишет первую букву и продолжает автоматически писать ее же. То же проявляется при рисовании — при задании нарисовать кружок больной изображает «моток кругов».

Эфферентная (кинетическая) моторная афазия. Локализация патологического процесса в нижних отделах премоторной зоны левого полушария (зона Брока) приводит к нарушению речи, при котором патологическая инертность проявляется в трудностях оттормаживания уже произнесенных звуков речи при переходе к следующим. Кинетические трудности в речевой моторике могут наблюдаться в процессе обычного речевого высказывания, а также в персеверативной за-

мене развернутого речевого высказывания одним речевым стереотипом (речевым эмболом) при грубых речевых расстройствах. В случаях относительной сохранности речевого высказывания речь больных с эфферентной моторной афазией характеризуется скандированностью, отсутствием плавности, снижением роли интонационных, эмоциональных и мимических компонентов, общим обеднением, особенно за счет глаголов (телеграфный стиль), недостаточной речевой инициативой. Как и движения, речь больного теряет индивидуальные особенности, напоминая речевую продукцию механических устройств, т. е. страдает экспрессивная сторона речи и понимание, особенно при быстром темпе обращенной к больному речи, так как ее восприятие требует соответствующей подстройки речевой моторики воспринимающего, которая нарушена. Эти трудности усугубляются при направленном усложнении ситуации путем инструкции «зажать язык между зубами».

Динамическая афазия. Очаг поражения располагается несколько кпереди и выше зоны Брока в левом полушарии головного мозга (поле 9, 10, 46) в результате чего возникают дефекты, связанные с инактивностью и нарушением внутренней программы высказывания. Самостоятельно такие больные почти не высказываются («дефект речевой инициативы»), хотя у них нет нарушений речевой моторики и понимание устной речи достаточно сохранно. В основе этой формы афазии лежат нарушения сукцессивной организации речевого высказывания. Страдает способность дать развернутое речевое высказывание. Как правило, больные ограничиваются односложными ответами, часто повторяя в нем слова вопроса. Устный рассказ или сочинение на заданную тему им недоступны.

Динамическая афазия связана прежде всего с дефектами внутренней речи. Она состоит из «психологических сказуемых». У больных с динамической афазией предикативность внутренней речи распадается, что проявляется в трудностях построения замысла высказывания, внутренней программы

речи. В ряде случаев нарушения внутренней речи выражаются во внешней в виде пропуска глаголов, предлогов, местоимений; употребления шаблонных фраз, неразвернутых коротких предложений, более частого использования существительных в именительном падеже.

Двигательное невнимание. Локализация очага поражения в правом полушарии головного мозга, премоторной области приводит к нарушению внимания к двигательным актам. Оно обнаруживается в том случае, когда больному предлагается одновременно выполнять движения двумя руками. Они начинают выполнять движения правильно, но затем левая рука как бы отключается, и больной продолжает совершать движения только правой рукой, не осознавая своей ошибки. Симптом игнорирования исчезает, если он совершает движения отдельно левой и правой рукой.

Нарушение динамики протекания интеллектуальных и мнестических процессов. Премоторный синдром проявляется в более широком спектре симптомов дефицитарности психологических функций. В его структуру входят нарушения интеллектуальной деятельности в виде «интеллектуальных персевераций» — трудностей переключения на новый принцип деятельности. Трудности в решении арифметических задач проявляются в виде застревания больного на первоначально выполненных действиях; невозможности сменить неправильный алгоритм решения на правильный. При рассматривании сложной сюжетной картины, больные инертно воспроизводят неправильные ответы, фиксируя взор лишь на одном фрагменте изображения. Больным доступно воспроизведение закрепленной в памяти последовательности в прямом порядке (январь,февраль и т. д.), но они затрудняются воспроизвести ее в обратном порядке. В задачах на произвольное запоминание у больных наблюдаются проявления патологического проактивного торможения (предшествующий материал стирает последующий).

Нейропсихологические синдромы поражения префронтальных отделов лобной коры головного мозга

Префронтальная кора головного мозга образует передний ассоциативный комплекс корковых зон, характеризующийся большой сложностью выполняемых функций. Главными среди них являются регуляторная и активационная. Эти зоны входят в третий структурно-функциональный блок головного мозга — блок программирования, контроля и регуляции сложных форм психической деятельности. Нарушение этих функций проявляется в широком спектре психических нарушений. В нейропсихологии выделяется три основных варианта синдромов, связанных с поражением префронтальной коры.

Префронтальный конвекситальный синдром. Клиническое название синдрома — лобный. Одна из особенностей лобного синдрома, осложняющая как его описание, так и нейропсихологическую диагностику, — большая вариативность входящих в него симптомов и степени выраженности синдрома.

Существует большое количество детерминант, определяющих варианты лобного синдрома: локализация патологического очага, массивность поражения, присоединение общемозговых симптомов, характер заболевания, возраст больного, преморбидные особенности. Индивидуально-типологические особенности человека, уровень его психологической структуры во многом обусловливают возможности компенсации или маскировки дефекта. Имеются в виду сложность сформированных при жизни стереотипов деятельности, широта и глубина «буферной зоны», в пределах которой происходит снижение общего уровня регуляции психической активности. Известно, что высокий уровень сложившихся форм поведения и профессиональных особенностей даже при тяжелой патологии определяют доступность для больных достаточно сложных

видов деятельности. «Загадка функций лобных долей» еще до конца не раскрыта, тем не менее уже систематизированы основные составляющие этого синдрома:

1. Диссоциация между относительной сохранностью непроизвольной и дефицитарностью произвольной регуляции психических процессов — в крайних вариантах выраженности больному практически недоступно произвольное выполнение даже простых заданий. Поведение таких больных подчинено стереотипам, штампам и определяется как «полевое». Примером последнего является описанный Лурией случай, когда больной пытался выйти из комнаты, открыв дверцу шкафа. Утрата функции произвольного контроля и регуляции деятельности особо отчетливо проявляется при выполнении заданий, требующих построения программы действий и контроля за их исполнением. Эти задания могут касаться любой сферы — двигательной, интеллектуальной, мнестической.

2. Регуляторная апраксия (апраксия целевого действия) — невозможность выполнения двигательной программы, замена ее сложившейся стереотипной последовательностью. Так, в ответ на инструкцию «Сожмите мою руку два раза» больной долго жмет ее или сжимает многократно.

3. Эхопраксия — прямая подчиненность двигательной программы предъявляемым стимулам. Больной повторяет двигательную инструкцию, а если инструкция предъявляется вербально, то она вообще не выполняется.

4. Нарушение регулирующей функции речи — речевая инструкция усваивается, но не становится механизмом контроля и коррекции. Вербальный и двигательный компоненты разъединяются. В наиболее грубых случаях вербальное задание даже не запускает действие — не формируется намерение выполнения движения.

5. Инактивность — исчезновение инициативы, активности, может проявляться на различных этапах выполнения действия: на этапе формирования намерения, исполнения и сли-

чения. Нарушение произвольной регуляции, нарушение регулирующей функции речи и инактивность — все эти признаки лобного синдрома могут проявляться в двигательной, интеллектуальной, мнестической и речевой деятельности. Так, при запоминании страдает стратегия деятельности: больной не старается запомнить и воспроизвести больше. Кривая запоминания имеет форму «плато» — три—четыре слова из десяти без наращивания количества фиксированных слов. При решении арифметических задач у больных отсутствует этап предварительной ориентировки в условиях задачи и формирование плана решения. Они манипулируют с числами, данными в условии задачи, без осмысления. Ошибки не корригируются.

Наиболее наглядно нарушения целеполагания, программирования и контроля находят свое отражение в речевых расстройствах. Спонтанная речь больных обеднена, они утрачивают речевую инициативу, в речевой продукции много штампов, стереотипов, эхолалий (повторений за обследующим). Больные не могут построить рассказ на заданную тему, соскальзывают на побочные ассоциации, теряя цель высказывания. В грубых вариантах наступает речевая аспонтанность.

Проявления лобного синдрома наиболее отчетливы при двустороннем поражении префронтальных отделов. При поражении левой лобной доли особенно отчетливо выступает нарушение регулирующей функции речи, снижение речевой инициативы, обеднение речевой продукции. Более грубо проявляется инактивность, снижение интеллектуальных и мнестических функций.

В случае правополушарных поражений наблюдаются расторможенность речи; обилие речевой продукции с утратой содержания; дефекты наглядного, невербального мышления; нарушение целостной оценки ситуаций.

Префронтальный базальный синдром. Локализация патологического очага в базальных отделах лобных долей головного мозга приводит к эмоционально-личностным нару-

шениям. Они обладают выраженной латеральной специфичностью. На этом фоне не выявляется расстройств гнозиса, праксиса и речи.

Уровень мнестических и интеллектуальных процессов снижается. Характерным является нарушение нейродинамических параметров деятельности, проявляющихся в сочетании расторможенности и ригидности — нарушении пластичности психических процессов.

При правополушарной локализации поражения в базальных отделах лобных долей характерно знание больным проявлений своего заболевания в сочетании с отсутствием целостного представления о нем и его переживания (анозогнозия). Общий фон настроения характеризуется благодушием, эйфорией, иногда — расторможенностью аффективной сферы.

Благодушный фон настроения стабилен. Отсутствуют реакции на неуспех — больные объясняют свою неудачу отсутствием навыков. Такая «квазилогическая» аргументация создает лишь видимость осмысления ошибок.

Поражение базальных отделов левой лобной доли головного мозга характеризуется общим депрессивным фоном настроения, который, однако, не вытекает из истинного переживания болезни. Когнитивная составляющая внутренней картины последней здесь отсутствует. Жалобы либо вообще не предъявляются больным, либо при расспросе он описывает соматическое расстройство. На неуспех в заданиях больные не реагируют, могут иметь место отдельные эмоциональные реакции в виде негативизма, агрессии, которые носят лабильный характер.

В целом эмоциональная сфера больных с лобно-базальной патологией характеризуется обедненностью, монотонностью, неадекватностью.

Префронтальный медиальный синдром. Медиальные отделы лобных долей головного мозга включены А. Р. Лурией в первый структурно-функциональный блок мозга — блок активации и тонуса. Здесь на первый план выступа-

ют нарушения модально-неспецифических факторов активации—дезактивации и наблюдаются два основных комплекса симптомов — нарушения сознания и памяти.

Нарушения сознания характеризуются дезориентировкой больного в месте, времени, своем заболевании и собственной личности. В ориентировке в месте особую роль приобретают случайные признаки, и больной по типу «полевого» поведения интерпретирует ситуацию своего местонахождения. Он не может назвать год, месяц, число, время года, свой возраст, возраст своих детей, и т. п. При нарушениях ориентировки имеются специфические латеральные черты: при правополушарном поражении чаще встречается двойственная ориентировка в месте или нелепые ответы по типу конфабуляций, а также нарушение субъективных параметров времени.

Нарушения памяти характеризуются следующими чертами:
- модальной неспецифичностью;
- расстройством избирательности воспроизведения;
- ухудшением ретенции по сравнению с сохранным непосредственным воспроизведением.

По первым двум признакам мнестические расстройства аналогичны нарушениям памяти при поражении медиальных отделов височной области (гиппокампа). Нарушения памяти распространяются на запоминание материала любой модальности независимо от уровня смысловой организации. Объем непосредственной памяти соответствует показателям нормы в их средних и нижних границах. Однако введение в интервале между заучиванием и воспроизведением интерферирующей задачи оказывает ретроактивное тормозящее влияние на предыдущий материал. Своеобразным для лобных долей является нарушение избирательности из-за недостатка контроля при актуализации. При воспроизведении обнаруживаются контаминации (наложение) за счет включения стимулов «от себя». При воспроизведении рассказов имеются конфабуляции в виде включения других смысловых отрывков из прошлого опыта больного.

Латеральные различия в нарушениях памяти проявляются следующим образом. Правосторонние поражения характеризуются более выраженными конфабуляциями, что коррелирует с речевой расторможенностью, а также «амнезией на источник» — больной не в состоянии произвольно вспомнить сам факт имевшего место запоминания. Мнестический дефект при левосторонних поражениях менее выражен в отношении контаминаций и конфабуляций, что, видимо, связано с общей инактивностью, а также наблюдается преимущественный дефицит в запоминании и воспроизведении смыслового материала.

Нейропсихологические синдромы «расщепленного мозга»

Эти синдромы возникают при поражении мозолистого тела, самой большой комиссуры, соединяющей большие полушария головного мозга. При перерезке мозолистого тела каждое полушарие начинает работать как изолированный орган, существенно нарушается интеграция деятельности полушарий.

Синдром аномии проявляется в нарушении называния стимулов, поступающих в правое полушарие головного мозга. Если больной ощупывает предметы левой рукой или получает зрительные стимулы только в левое полуполе зрения, информация поступает в теменные или затылочные доли правого полушария мозга. При нарушении межполушарных связей перенос информации в речевое полушарие не происходит и объект не может быть назван. При поступлении в левое полушарие (правое полуполе зрения, правая рука) объект правильно называется.

Синдром «дископии-дисграфии». Проявляется в том, что больному становится недоступно письмо левой рукой в сочетании с невозможностью рисовать или срисовывать правой рукой. Смена руки при тех же заданиях делает их выполнимыми.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Общая психопатология в сертификационных экзаменах по психиатрии для специальностей «психиатрия», «наркология», «психотерапия», «сексопатология»

1 ПОЛОЖЕНИЕ О СЕРТИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ И СЕРТИФИКАЦИОННОМ ЭКЗАМЕНЕ

О занятии медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.05.97 № 156

(извлечения)

Министерством здравоохранения Российской Федерации был издан приказ № 156 от 20.05.97 «О занятии медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации».

1. Ввести в действие:

1.1. Положение о порядке допуска к осуществлению профессиональной медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации (приложение 1);

1.2. Инструкцию о порядке изготовления, заполнения и выдачи сертификатов специалиста (приложение 2);

1.3. Положение о враче (провизоре)-стажере (приложение 3).

5. Управлению учебных заведений, Российской медицинской академии последипломного образования, Всероссийскому учебно-научно-методическому центру по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию до 01.11.97 разработать тестовые задания по специальности среднего медицинского и фармацевтического персонала, а также учеб-

Зак. 215.

ные планы и программы специализации для лиц с высшим биологическим образованием, занимающих врачебные должности в клинико-диагностических лабораториях.

10. Приказы Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 19.12.94 № 286 «Об утверждении положения “О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности”», от 17.11.95 № 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста» и от 19.12.95 № 353 «О специальном экзамене для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах», считать утратившими силу.

Приложение 1

Утверждено
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 20.05.97 № 156

Положение о порядке допуска к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации

К занятию медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации допускаются лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, — также сертификат специалиста и лицензию.

Сертификат специалиста — это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста согласно государственным образовательным стандартам по избранной специальности (приложение 1 к настоящему Положению).

Сертификат специалиста свидетельствует о достижении его обладателем определенного уровня теоретических знаний, практических навыков и умений, достаточных для самостоятельной медицинской и фармацевтической деятельности по избранной специальности согласно требованиям, предъявляемым к подготовке специалистов (приложение 2 к настоящему Положению).

1. О сертификате специалиста

1.1. Сертификат специалиста выдают государственные и муниципальные медицинские (фармацевтические) образовательные и научно-исследовательские учреждения, осуществляющие послевузовскую или дополнительную подготовку врачей, фармацевтических работников и специалистов со средним медицинским образованием по государственным образовательным стандартам в соответствии с лицензией на образовательную деятельность.

Сертификат специалиста действует на всей территории Российской Федерации и подтверждается каждые пять лет после соответствующей подготовки в государственной или муниципальной системах дополнительного профессионального образования по результатам квалификационного экзамена (приложение 3 к настоящему Положению).

Специалист может иметь сертификаты по нескольким специальностям.

1.2. Лица, не выдержавшие квалификационный экзамен (проверочное испытание), допускаются к профессиональной деятельности: врачи и провизоры — в должностях стажеров, а средние медицинские и фармацевтические работники — на должностях среднего медицинского (медицинский регистратор, дезинфектор) и фармацевтического (фасовщик) персонала, не требующих специальных навыков.

1.3. Документы, выданные специалистам образовательными и научно-исследовательскими учреждениями до 01.01.95 на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура, интернатура), а также дополнительного

профессионального образования (повышение квалификации, специализация), имеют равную юридическую силу с сертификатом специалиста в течение пяти лет со времени их выдачи.

2. О порядке допуска к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности

2.1. Лица, окончившие высшие медицинские и фармацевтические образовательные организации, могут быть допущены к занятию профессиональной деятельностью по специальностям, предусмотренным действующей номенклатурой, после прохождения полного курса обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура, интернатура), сдачи квалификационного экзамена и получения сертификата специалиста.

Примечание: требования к профессиональной подготовке определены в Положениях о специалистах.

Номенклатура врачебных и провизорских специальностей утверждена Приказом Минздравмедпрома России от 16.02.95 № 33.

2.3. Лица с высшим и средним специальным немедицинским образованием, допущенные в ранее установленном порядке к занятию медицинской и фармацевтической деятельностью и работавшие в учреждениях здравоохранения до издания настоящего приказа соответственно на врачебных, провизорских должностях, должностях среднего медицинского и фармацевтического персонала, сохраняют право на занятие должностей тех же наименований на условиях, предусмотренных настоящим Положением для специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием.

2.4. Лица, имеющие высшее биологическое образование, допускаются к осуществлению медицинской деятельности в клинико-диагностических лабораториях (отделах, отделениях клинико-диагностических лабораторий) в порядке и на условиях, предусмотренных приложением 4 к настоящему Положению.

2.6. Лица, не завершившие высшего медицинского или фармацевтического образования и получившие справку (приложение 5 к настоящему Положению), могут заниматься про-

фессиональной деятельностью под контролем специалиста в порядке, предусмотренном приложением 6.

На этих же условиях могут быть допущены к занятию профессиональной деятельностью студенты, окончившие 4 и более курсов высших медицинских или фармацевтических образовательных организаций.

2.7. Преподаватели клинических дисциплин высших и средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций и сотрудники научных организаций клинического профиля, выполняющие лечебно-диагностическую работу, допускаются к медицинской деятельности в порядке, установленном настоящим Положением.

Лицам, имеющим ученую степень доктора медицинских (фармацевтических) наук и занятым на практической работе в учреждениях здравоохранения, научно-исследовательских и образовательных учреждениях, сертификат специалиста по соответствующей специальности выдается на основании документов, представляемых в соответствии с приложением 1 к Положению о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста.

2.8. Медицинские и фармацевтические работники при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях их высвобождения в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятия, учреждения и организации направляются руководителем учреждения (органа) здравоохранения, а в случае высвобождения также и службой занятости на профессиональную переподготовку.

Невозможность выполнения профессиональных обязанностей по состоянию здоровья подтверждается заключением медико-социальной экспертной комиссии.

При направлении на профессиональную переподготовку учитывается предшествующее ей базовое образование.

Продолжительность профессиональной переподготовки определяется учебными планами и программами обучения в зависимости от ранее полученной специальности.

На время профессиональной переподготовки специалист, претендующий на медицинскую и фармацевтическую деятельность в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, зачисляется на должность врача (провизора)-стажера в учреждение здравоохранения. Время профессиональной переподготовки засчитывается в стаж работы по специальности и в стаж непрерывной работы.

2.9. Медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к профессиональной деятельности после дополнительной подготовки (профессиональной переподготовки) и подтверждения сертификата специалиста.

2.10. Лица, завершившие профессиональную переподготовку, сдают экзамены по специальности в экзаменационной квалификационной комиссии.

Специалистам, сдавшим экзамен, выдается (подтверждается) сертификат специалиста.

Приложение 1

к Положению о порядке допуска
к осуществлению медицинской
и фармацевтической деятельности
в Российской Федерации

Государственные образовательные стандарты высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования

Шифр специальности	Наименование специальности по диплому	Продолжительность обучения	Наименование квалификации по диплому
Высшее профессиональное образование			
040100	Лечебное дело	6 лет	Врач
Сферы профессиональной деятельности: органы управления службой здравоохранения различных ведомств и учреждений, лечебно-профилактические учреждения различной формы собственности, научно-исследовательские учреждения, предприятия и организации, связанные с оказанием медицинской помощи населению и предоставлением ему медицинских услуг			

040200	Педиатрия	6 лет	Врач
Сферы профессиональной деятельности: органы управления службой здравоохранения различных ведомств и учреждений, лечебно-профилактические учреждения различной формы собственности, научно-исследовательские учреждения, предприятия и организации, связанные с оказанием медицинской помощи населению и предоставлением ему медицинских услуг			

Приложение 2

к Положению о порядке допуска к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации

Требования, предъявляемые к подготовке специалистов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность на должностях врачей, провизоров, среднего медицинского и фармацевтического персонала

Требования к уровню образования	Специальность подготовки и квалификация по диплому	Должности, которые могут замещаться в учреждениях здравоохранения
	1. Высшее образование	
1.1. Высшее медицинское образование	Лечебное дело, врач	Врачебные должности всех наименований (кроме врачей-стоматологов): руководитель учреждения здравоохранения при стаже работы по специальности не менее 5 лет
	Педиатрия, врач	Врачебные должности всех наименований (кроме врачей-стоматологов); руководитель учреждения здравоохранения при стаже работы по специальности не менее 5 лет

Приложение 3

к Положению о порядке допуска
к осуществлению медицинской
и фармацевтической деятельности
в Российской Федерации

Положение о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста

1. Общие положения

Квалификационный экзамен, проводимый для получения сертификата специалиста, имеет целью определить готовность специалиста к самостоятельной медицинской и фармацевтической деятельности.

К квалификационному экзамену допускаются лица, прошедшие полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура, интернатура), дополнительного профессионального образования (повышение квалификации в объеме не менее 144 часов очной части) или профессиональной переподготовки в объеме свыше 500 часов, а также лица, имеющие первую и высшую квалификационную категорию по избранной специальности и в течение последних пяти лет прошедшие обучение на циклах тематического усовершенствования в учреждениях (подразделениях) повышения квалификации общей продолжительностью не менее 144 часов.

Соискателю предоставляется право выбора учреждения для подготовки и сдачи квалификационного экзамена.

Территориальные органы управления здравоохранением могут по своему усмотрению заключать договоры на подготовку и проведение экзамена по различным специальностям с организациями, которым регламентирован этот вид деятельности.

2. Квалификационные комиссии

Квалификационный экзамен принимается экзаменационными квалификационными комиссиями, которые создаются при государственных и муниципальных медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях, осуществляющих послевузовское или дополнительное профессиональное образование специалиста, и научно-исследовательских учреждениях.

Проверочное испытание в виде квалификационного экзамена по конкретным специальностям действующей номенклатуры могут проводить профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации.

В состав комиссий включаются ведущие специалисты образовательных и научно-исследовательских учреждений, практического здравоохранения, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, территориальных органов управления здравоохранением.

По заявкам территориальных органов управления здравоохранением, министерств и ведомств, не входящих в систему Минздрава России, могут проводиться выездные заседания экзаменационных квалификационных комиссий. При этом органы управления здравоохранением обеспечивают необходимые условия для проведения экзамена в строгом соответствии с настоящим Положением. Все расходы, связанные с проведением экзаменационными комиссиями выездных заседаний, производятся в соответствии с действующим в Российской Федерации законодательством.

Соискатель представляет в экзаменационную квалификационную комиссию документы в соответствии с приложением 1.

3. Порядок проведения квалификационного экзамена *(рис. 28)*

Квалификационный экзамен проводят экзаменационные квалификационные комиссии по специальностям номенклатуры, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

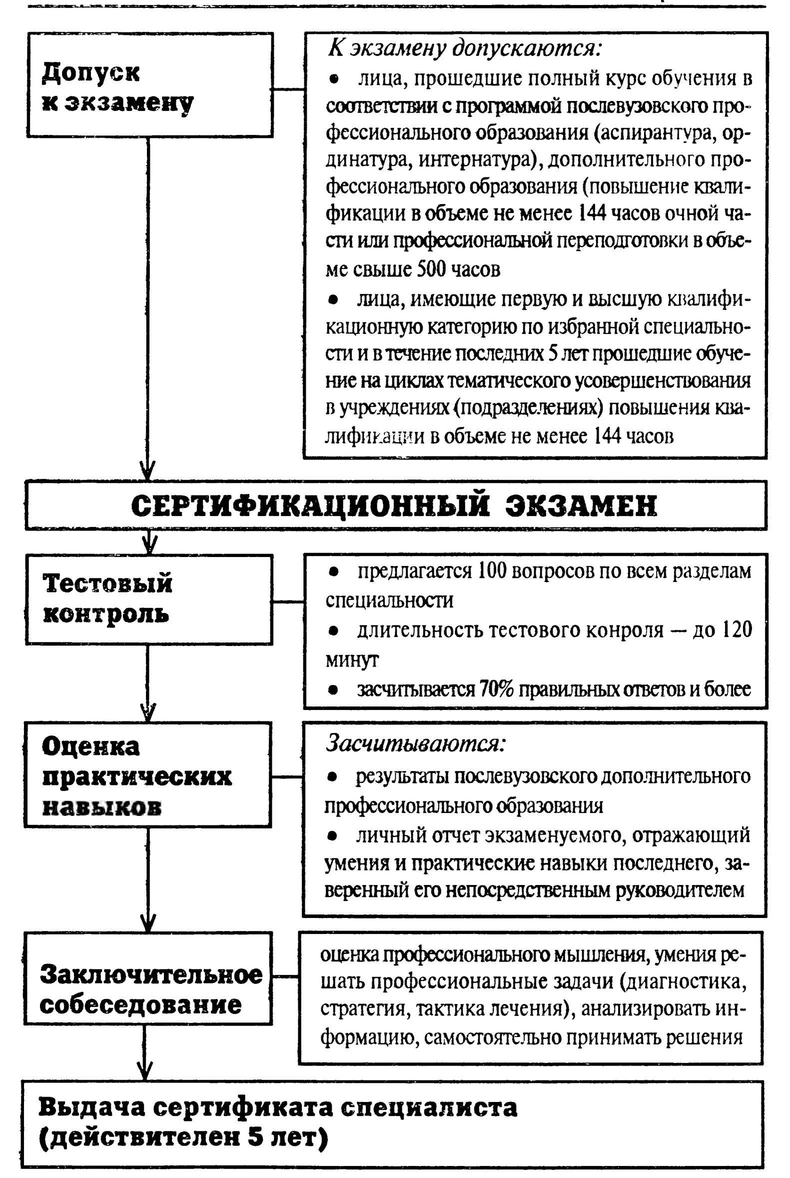


Рис. 28. Порядок прохождения квалификационного экзамена на получение сертификата специалиста (схема разработана А. О. Бухановским)

Экзамен включает в себя три части: тестовый контроль, определение практических навыков специалиста и заключительное собеседование. Экзамен может быть проведен в один или несколько дней.

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний, а также особенностей профессионального мышления.

Полная программа тестовых заданий предусматривает все разделы требований к специалисту, включает задания, отражающие содержание тестовой программы по специальности.

Каждый экзаменуемый получает из тестовой программы по специальности 100 вопросов по всем разделам специальности.

На тестовый экзамен отводится 2 часа.

Тестовый экзамен засчитывается, если соискатель правильно ответил не менее чем на 70 % тестовых заданий.

Экзамен может быть проведен с использованием различных технических средств контроля.

Квалификационные тесты для проведения экзамена и перечень практических умений и навыков по специальностям утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оценка практических навыков специалиста проводится по результатам послевузовского, дополнительного профессионального образования или на основании личного отчета экзаменуемого, заверенного непосредственным руководителем, отражающего умения и практические навыки.

На заключительном собеседовании оцениваются профессиональное мышление специалиста, его умение решать профессиональные задачи (диагностические, тактические, организационные), анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующее решение.

4. Решение экзаменационной квалификационной комиссии о присвоении квалификации специалиста принимается большинством голосов членов комиссии. При равном числе

голосов решение принимается в пользу соискателя. На основании решения экзаменационной комиссии выдается сертификат специалиста установленного образца сроком на 5 лет.

5. Неудовлетворительное прохождение одного из этапов экзамена лишает соискателя права дальнейшего испытания, и экзамен считается невыдержанным.

Повторный экзамен (проверочное испытание) проводится в сроки, определяемые экзаменационной квалификационной комиссией.

6. Экзаменационная комиссия несет полную ответственность за качество проводимого экзамена. В случае нарушения процедуры экзамена или низкого качества работы экзаменационной комиссии Минздрав России имеет право приостановить деятельность комиссии.

Решение экзаменационной квалификационной комиссии может быть обжаловано в Центральную экзаменационную квалификационную комиссию и в судебном порядке.

Работа экзаменационной квалификационной комиссии при государственных и муниципальных медицинских и фармацевтических учебных и научных организациях, осуществляющих послевузовское и дополнительное профессиональное образование, финансируется за счет средств бюджетов, предусмотренных этим организациям на образовательную деятельность.

Командировочные расходы экзаменующегося несет направляющее на квалификационный экзамен учреждение здравоохранения или другие организации и частные лица.

Перечень документов, представляемых медицинским и фармацевтическим работником для получения сертификата специалиста:

1. Заявление на имя председателя экзаменационной квалификационной комиссии.

2. Копия диплома об окончании медицинского или фармацевтического учебного заведения (факультета).

3. Копии документов о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании.

4. Копии ранее выданных сертификатов.

5. Послужной список (выписка из трудовой книжки).

6. Личный отчет экзаменуемого о работе, отражающий умения и практические навыки за 1 год.

Утверждено приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.05.97 г. № 156

Положение о враче (провизоре)-стажере

(извлечения)

1. Общие положения

1.1. Врач (провизор)-стажер — специалист с высшим медицинским (фармацевтическим) образованием, прошедший полный курс обучения в соответствии с программой послевузовского или дополнительного профессионального образования, не работавший по своей специальности более 5 лет или не имеющий (не подтвердивший) сертификата специалиста и зачисленный в учреждения здравоохранения на соответствующую должность врача (провизора)-стажера на время прохождения специальной подготовки (переподготовки) в соответствующих учебных заведениях.

1.2. Подготовка врача (провизора)-стажера проводится в учреждениях (подразделениях) дополнительного профессионального образования по прерывистой форме обучения с прохождением циклов повышения квалификации. Продолжительность подготовки не может превышать одного года с включением в него и времени обучения на циклах повышения квалификации.

Контроль за деятельностью врача (провизора)-стажера осуществляет руководитель учреждения (подразделения).

1.3. Назначение и увольнение врача (провизора)-стажера осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

2. Обязанности врача-стажера

2.1. Оказание квалифицированной медицинской помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста по выбранной специальности.

2.2. Профилактическая работа, направленная на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска.

2.3. Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления.

2.4. Оказание срочной медицинской помощи при неотложных и острых состояниях.

2.5. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, определение показаний для направления больного на МСЭК.

2.6. Ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

4. Права врача (провизора)-стажера

Врач (провизор)-стажер:

— пользуется всеми правами и льготами, установленными для работников данного учреждения;

— принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам профессиональной деятельности;

— может состоять членом различных общественных профессиональных организаций, чья деятельность не противоречит действующему законодательству.

5. Ответственность врача (провизора)-стажера

5.1. Врач (провизор)-стажер несет ответственность за свои действия в пределах своей компетенции за самостоятельно принимаемые решения.

5.2. Врач (провизор)-стажер несет ответственность за противоправные действия или бездействия, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, в установленном законом порядке.

Об итогах совещания с руководителями кадровых служб

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.05.98 № 162

(извлечения)

Некоторые сертификационные комиссии проводят экзамен на платной основе, что недопустимо и дискредитирует идею сертификации.

4.2. При выделении мест в клиническую интернатуру и ординатуру учитывать только совместные заявки медвузов и органов управления здравоохранением территорий, закрепленных за вузами.

6.1. Принять меры по активизации работы по сертификации медицинского и фармацевтического персонала и до 1 июля 1998 г. определить сроки ее завершения.

2 ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ СЕРТИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА ПО ПСИХИАТРИИ (РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ)

001. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) физической истощаемости,
б) психической истощаемости,
в) фиксационной амнезии,
г) аффективной лабильности,
д) нарушений сна.

002. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:
а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного на строения,
б) повышенной утомляемости и истощаемости,
в) гиперестезии,
г) нарушения сознания,
д) соматовегетативных нарушений,

003. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:
а) резко выраженную утомляемость,
б) утрату способности к продолжительному умственному и фи зическому напряжению,
в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха,
г) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции,
д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории.

004. Классическая депрессивная триада характеризуется:
   а) эмоциональным торможением,
   б) двигательным торможением,
   в) идеаторным торможением,
   г) всем перечисленным,
   д) ничем из перечисленного.

005. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:
   а) аффекта тоски,
   б) двигательного торможения,
   в) меланхолического раптуса,
   г) идеаторного торможения,
   д) депрессивного содержания мышления.

006. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:
   а) концентрации мышления на депрессивной фабуле,
   б) затруднения запоминания,
   в) затруднения воспроизведения,
   г) явлений прогрессирующей амнезии,
   д) депрессивные голотимические идеи.

007. К признакам депрессивного двигательного торможения относится все перечисленное, исключая:
   а) замедление движений,
   б) бедность мимики,
   в) ощущение мышечной слабости,
   г) манерность,
   д) явления депрессивного ступора.

008. К простым вариантам депрессивного синдрома относится все перечисленное, кроме:
   а) анестетической депрессии,
   б) тревожной депрессии,
   в) ступорозной депрессии,
   г) депрессии с бредом осуждения,
   д) депрессии с бредом самообвинения.

009. К сложным вариантам депрессивного синдрома относится все перечисленное, кроме:
   а) ипохондрической депрессии,

б) депрессии с интерпретативным бредом,
в) депрессии с бредом ущерба,
г) депрессии с бредом самоуничижения,
д) депрессии с чувственным бредом.

010. К соматическим признакам депрессии относятся:
а) запоры,
б) дисменорея,
в) похудание,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

011. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии:
а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения,
б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента doloroza,
в) депрессивный ступор,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

012. К простым вариантам маниакального синдрома относится все перечисленное, кроме:
а) гневливой мании,
б) веселой мании,
в) спутанной мании,
г) мании с чувственным бредом,
д) непродуктивной мании.

013. К сложным маниям относится все перечисленное, исключая:
а) манию с интерпретативным бредом,
б) манию с чувственным бредом,
в) спутанную манию,
г) манию с галлюцинозом,
д) манию с онейроидом.

014. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления:
а) повышенный аппетит,
б) нарушение сна,

в) расторможение влечений,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

015. Маниакальная триада характеризуется:
а) повышенным настроением,
б) ускорением ассоциаций,
в) двигательным возбуждением,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

16. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
а) гипермнезию,
б) конфабуляции,
в) ускорение ассоциаций,
г) явления отвлекаемости со «скачкой идей»,
д) идеаторную «спутанность».

017. Признаками гипоманиакального состояния являются:
а) повышенная активность,
б) повышение настроения,
в) нарушение сна,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

018. Обсессивный синдром характеризуется:
а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т. д. помимо желания,
б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним,
в) затруднением преодоления препятствий,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

019. К отвлеченным навязчивостям относится все перечисленное, исключая:
а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка),
б) навязчивый счет,
в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.,

г) навязчивое чувство антипатии,
д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов.

020. Навязчивое чувство антипатии характеризуется:
а) возникновением помимо воли и вопреки действительному отношению чувства неприязни, ненависти, отвращения к человеку,
б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства,
в) невозможностью избавиться от него,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

021. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного,
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним,
в) наличия конкретного содержания,
г) неопределенного чувства страха без понимания его бессмысленности,
д) возможности быть всеохватывающим.

022. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:
а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий,
б) сомнение в правильности и точности исполнения,
в) стремление проводить перепроверки,
г) успокоение больного многократными проверками,
д) возможность продолжаться до бесконечности.

023. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий,
б) ощущения воздействия посторонней силы,
в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям,
г) близости к навязчивым сомнениям,
д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий.

024. К навязчивым ритуалам относится все перечисленное, кроме:
а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями,

б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли,
в) действий, имеющих значение заклинаний, защиты,
г) действий, воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости.

025. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности,
б) нарушения сознания,
в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»,
г) расстройства самосознания витальности и активности,
д) расстройства самосознания целостности.

026. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая:
а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей,
б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной,
в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя,
г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны,
д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного «Я».

027. Бредовая деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая:
а) утрату чувственного восприятия предметов,
б) феномен расщепления «Я»,
в) утверждение, что существуют два несогласных «Я»,
г) утверждение, что каждое из этих «Я» по-разному воспринимает окружающее, думает, действует,
д) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил.

028. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся:
а) чувство отчуждения своего голоса,
б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими,
в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

029. Дереализация характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства,
б) чувства призрачности окружающего,
в) восприятия внешнего мира декоративным, ненастоящим,
г) утраты чувства действительности,
д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей.

030. Дереализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:
а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво),
б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели,
в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным,
г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства,
д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.

031. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела,
б) необычности, вычурности ощущений,
в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин,
г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами,
д) восприятия, искажения формы и величины своего тела.

032. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая:
а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью,
б) убежденность в существующем неизлечимом заболевании,
в) подавленное настроение с сеностопатиями,
г) бредовую убежденность в существовании неизлечимой болезни,
д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения.

033. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:
а) твердой убежденности в некоем заболевании,
б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т. д.,
в) наличия системы доказательств заболевания,
г) упорного требования обследования,
д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения.

034. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:
а) припадка с клонической и тонической фазой,
б) разнообразных сложных, выразительных движений,
в) сужения сознания,
г) психогенной обусловленности,
д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг.

035. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:
а) приступы рыдания и хохота,
б) патетическую жестикуляцию,
в) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц,
г) чувство дурноты, учащенное дыхание,
д) беспорядочные движения конечностями.

036. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:
а) функциональные парезы и параличи,
б) явления астазии-абазии,
в) различные гиперкинезы и тики,
г) психогенную слепоту,
д) блефароспазм, афонию и мутизм.

037. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:
а) концентрического сужения полей зрения,
б) психогенной слепоты (амавроза),
в) утраты слуха,
г) гипестезии и анестезии участков тела,
д) наличия характера «сделанности» этих расстройств.

038. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме:

а) сохранения в памяти всего периода истерического изменения сознания,
б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку,
в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных,
г) «звучания» в болезненных переживаниях психотравмирующей ситуации,
д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей.

039. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов,
б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места,
в) наличия выраженного аффективного напряжения,
г) «склонности» убеждений при определенных условиях с течением времени дезактуализироваться, блекнуть и исчезать,
д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений.

040. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:

а) несоответствия действительности,
б) доступности к коррекции, устранению путем убеждения,
в) искажения отражения действительности,
г) полного овладения сознанием,
д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью.

041. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы,
б) возникновения этого состояния после «кристаллизации бреда»,
в) необъяснимого мучительного беспокойства,
г) приобретения окружающим иного смысла,
д) восприятия себя и окружающего мира измененным.

042. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) нарушения абстрактного познания действительности,

б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику,
в) крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции,
г) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда,
д) нарушения чувственного познания окружающего мира.

043. Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме:
а) преобладания образных представлений, наличия растерянности,
б) стойкости и прогрессирования,
в) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей,
г) превращения бредовых идей в постоянное воззрение,
д) повышенной активности.

044. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда,
б) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований,
в) преобладания воображения, фантазии, грез,
г) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений,
д) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств.

045. Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное, кроме:
а) бреда инсценировки, интерметаморфозы,
б) антагонистического бреда,
в) грандиозности, мегаломоничности переживаний,
г) чередования страха и экстаза, боязливости и патетики,
д) все перечисленное.

046. Аффективному бреду свойственно:
а) возникновение вместе с эмоциональными расстройствами,
б) наличие лишь относительной логической последовательности содержания,

в) отсутствие необратимых изменений личности,
г) сравнительно неглубокое и неинертное расстройство психической деятельности,
д) все перечисленное.

047. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме:
а) сохранения в качестве моносимптома,
б) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза,
в) обязательного появления изменений личности,
г) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания,
д) последующего восстановления критического отношения к бреду.

048. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:
а) все происходящее сделано специально,
б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль,
в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих,
г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних больные узнают родных,
д) всем перечисленным.

049. Для истинных галлюцинаций характерно:
а) восприятие несуществующего,
б) возникновение существующего без реального объекта,
в) наличие непроизвольно возникающих представлений, проецируемых вовне,
г) характер проекции, не отличимой от реальных объектов,
д) все перечисленное.

050. Истинные зрительные галлюцинации могут быть:
а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой,
б) натуральных, уменьшенных, увеличенных размеров,
в) бесцветные, цветные,
г) подвижные или неподвижные,
д) все перечисленное.

051. Слуховые истинные галлюцинации делятся:
а) по сложности (элементарные — акоазмы и более сложные),
б) по интенсивности,
в) по содержанию (безразличные, угрожающие, императивные и т. д.),

г) по продолжительности (непрерывные и эпизодические),
д) по всему перечисленному.

052. При истинных тактильных галлюцинациях возникают ощущения:
а) ползания по телу насекомых,
б) появления на поверхности тела посторонних предметов,
в) появления под кожей посторонних предметов,
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

053. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме:
а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов,
б) ощущения присутствия в теле живых существ,
в) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах,
г) возможности точного описания своих ощущений,
д) ощущения, что эти предметы неподвижны или шевелятся.

054. Гипногагические галлюцинации проявляются видениями:
а) непроизвольно возникающими перед засыпанием,
б) возникающими при закрытых глазах,
в) возникающими на темном поле зрения,
г) всеми перечисленными,
д) ничем из перечисленного.

055. Галлюцинации мышечного чувства проявляются ощущениями:
а) особой легкости тела,
б) особой легкости членов тела,
в) тяжести тела или его членов,
г) движения языка или других органов,
д) всего перечисленного.

056. Аффективные иллюзии характеризуются:
а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием,
б) возникновением при патологических изменениях аффе
в) возникновением чаще при страхе, тревоге,

г) усилением на фоне утомляемости,
д) всем перечисленным.

057. Педункулярный галлюциноз характеризуется:
а) наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций,
б) отсутствием страха и тягостных ощущений,
в) возникновением чаще в вечернее время,
г) возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга,
д) всем перечисленным.

058. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме:
а) отсутствия конкретности, реальности,
б) наличия признаков нарушения сознания,
в) безжизненности, беззвучности, бестелесности,
г) интрапроекции внутри организма,
д) чувства «сделанности».

059. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) чувства «сделанности»,
б) наличия вызываемых, «показываемых видений», картин,
в) возникновения при нарушениях сознания,
г) бесформенности или отчетливой формы,
д) простоты или сценоподобности.

060. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме:
а) возникновения «внутренних», «сделанных», «мысленных» голосов,
б) звучания мыслей,
в) громких мыслей,
г) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т. д.,
д) ощущения, что языком больного произносят слова, фразы.

061. Вербальные иллюзии характеризуются:
а) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих,
б) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах,

в) возникновением, чаще на фоне тревожной подозрительности, страха,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

062. Функциональные галлюцинации характеризуются:
а) появлением на фоне восприятия реального внешнего объекта,
б) сосуществованием с внешним раздражителем, не сливаясь с ним,
в) исчезновением с прекращением действия раздражителей,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного,

063. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:
а) сочетанием бреда преследования, воздействия,
б) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями,
в) разнообразностью содержания (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования),
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

064. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:
а) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности,
б) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей,
в) чувства «сделанности» неприятных ощущений,
г) чувства «отнятия» мыслей, чувства их «сделанности», разматывания воспоминаний,
д) верно а), б) и г).

065. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:
а) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил,
б) разнообразного характера «сделанных» ощущений,
в) «сделанного» настроения, «сделанного» чувства,
г) чувства «сделанного» жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела,
д) необычности, вычурности ощущений.

066. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:

а) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне,
б) убеждения больного, что его действиями руководят, двигают его конечностями,
в) «отнятия мыслей», разматывания воспоминаний,
г) проявления ощущения неподвижности, оцепенения,
д) речедвигательных автоматизмов.

067. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:

а) чувственным бредом,
б) отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств,
в) выраженностью всех форм психических автоматизмов,
г) аффектом страха, тревоги, растерянностью, преходящими кататоническими расстройствами,
д) всем перечисленным.

068. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется:

а) склонностью к систематизации бредовых расстройств,
б) частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации,
в) отсутствием растерянности, яркости аффекта,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

069. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется:

а) преобладанием псевдогаллюцинации,
б) небольшим удельным весом психических автоматизмов,
в) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

070. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется:

а) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования,
б) большим удельным весом психических автоматизмов,

в) относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

071. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:
а) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменений аффекта,
б) правдоподобности высказываний,
в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений,
г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами,
д) антагонистического бреда.

072. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме:
а) развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей,
б) склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания,
в) яркости аффекта,
г) возникновения острого фантастического и антагонистического бреда,
д) склонности к развитию на ее высоте онейроида.

073. Хроническая парафрения проявляется:
а) стабильностью бреда,
б) монотонностью аффекта,
в) сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

074. Систематизированная парафрения характеризуется:
а) систематизированным фантастическим бредом величия,
б) сочетанием с антагонистическим бредом,
в) сочетанием с бредом преследования,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

075. Галлюцинаторная парафрения характеризуется:
а) наплывом вербальных галлюцинаций,
б) преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами,
в) преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

076. Конфабуляторная парафрения характеризуется:
а) обильными фантастическими конфабуляциями,
б) наличием симптома разматывания воспоминаний,
в) отсутствием формальных нарушений памяти,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

077. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:
а) обездвиженности застывшего амимичного лица,
б) выраженного депрессивного аффекта,
в) повышения мышечного тонуса,
г) длительно сохранения одной позы,
д) отказа от речи, негативизма.

078. Кататонический субступор проявляется всем перечисленным, кроме:
а) неполной обездвиженности,
б) ложных воспоминаний,
в) более или менее выраженного мутизма,
г) продолжительного сохранения одного и того же положения тела,
д) неестественных, вычурных поз.

079. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме:
а) состояния обездвиженности,
б) сохранения любого изменения позы,
в) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу,
г) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях,
д) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке.

080. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме:
   а) резчайшего мышечного напряжения,
   б) постоянного пребывания в одной и той же позе,
   в) явлений восковой гибкости,
   г) пребывания чаще во внутриутробной позе,
   д) появления симптома «хоботка» (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях).

081. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме:
   а) ложных воспоминаний,
   б) абсолютной безучастности,
   в) полной бездеятельности,
   г) крайнего бессилия, доходящего до прострации, бессонницы,
   д) выраженной беспомощности.

082. Раптус проявляется:
   а) в наиболее выраженной форме двигательного возбуждения,
   б) в неистовом возбуждении, внезапно прерывающимся эпизодами заторможенности,
   в) в том, что больные мечутся, кричат, нанося себе повреждения,
   г) всем перечисленным,
   д) ничем из перечисленного.

083. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:
   а) двигательного возбуждения,
   б) безысходного отчаяния,
   в) мучительной, невыносимой тоски,
   г) возбуждения, при котором больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения,
   д) ощущения «сделанности» состояния.

084. Тревожное возбуждение проявляется:
   а) общим двигательным беспокойством,
   б) тревогой, страхом,
   в) различной выраженности ажитацией,
   г) всем перечисленным,
   д) ничем из перечисленного.

13. Зак 215

085. Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:
а) хаотического возбуждения с агрессией,
б) театральности поз, декламации, пения и т. д.,
в) преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза,
г) выспренности, непоследовательности речи,
д) возможности эпизодов ступора и субступора.

086. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:
а) неожиданности поступков,
б) театральности поз,
в) агрессии, неистовой ярости,
г) возникновения кратковременных эпизодов ступора,
д) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации).

087. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме:
а) дурашливости, гримасничания,
б) преобладания выражения восторга, экстаза,
в) нелепого, бессмысленного хохота,
г) прыжков, кривлянья,
д) неуместных плоских шуток.

088. Немое (безмолвное) возбуждение проявляется:
а) хаотическим, бессмысленным, нецеленаправленным возбуждением с агрессией,
б) яростным сопротивлением,
в) нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

089. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме:
а) чувства «сделанности»,
б) совершения действия без контроля сознания,
в) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности,
г) внезапного и стремительного начала,
д) немотивированного и бессмысленного действия.

090. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме:
   а) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком,
   б) бессмысленных хаотичных двигательных возбуждений,
   в) влечений, подчиняющих себе поведение больного,
   г) сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний,
   д) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства.

091. Онейроидная кататония проявляется:
   а) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением,
   б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями,
   в) онейроидным помрачением сознания,
   г) всем перечисленным,
   д) ничем из перечисленного.

092. Люцидная кататония проявляется:
   а) кататоническим состоянием,
   б) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением,
   в) отсутствием помрачения сознания,
   г) всем перечисленным,
   д) ничем из перечисленного.

093. Неотложная помощь при острых галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафренном состоянии заключается:
   а) в неотложной госпитализации,
   б) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен),
   в) в купировании психотической симптоматики нейролептиками-антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т. д.),
   г) во всем перечисленном,
   д) ни в чем из перечисленного.

094. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме:
   а) неотложной госпитализации,
   б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс),

в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил),
г) применения ЭСТ,
д) применения антидепрессантов.

095. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, кроме:
а) нарушения отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях,
б) отрешенности от окружающего мира: затруднения или полной невозможности восприятия происходящего вокруг,
в) дезориентировки во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности,
г) бессвязности мышления наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полной или частичной амнезии периода помрачения сознания,
д) чувства «сделанности».

096. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) кататонических включений,
б) помрачения сознания,
в) наплыва парейдолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций,
г) резко выраженных двигательных возбуждений,
д) возможности вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств при преобладании зрительных галлюцинаций.

097. Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме:
а) изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гиперстезии,
б) расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями,
в) псевдогаллюцинаторных расстройств,
г) смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью,
д) наплыва ярких воспоминаний, образных представлений о прошедших событиях.

098. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая:
а) кататонические расстройства,

б) преобладание парейдолий,
в) увеличение лабильности аффекта,
г) усиление расстройства сна,
д) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью.

099. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) наплыва зрительных, обычно сценоподобных галлюцинаций,
б) хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели,
в) резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой,
г) наличия светлых промежутков с астенией,
д) усиления галлюцинаторных расстройств к вечеру.

100. Профессиональный делирий проявляется:
а) более глубоким, чем при обычном делирии, помрачением сознания,
б) преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций,
в) глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

101. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме:
а) понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания,
б) выраженных галлюцинаторных и бредовых включений,
в) повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей,
г) замедленности, затруднения мышления и осмысления ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего,
д) аспонтанности, малоподвижности.

102. Стадиями выключения сознания являются:
а) обнубиляция,
б) оглушение,
в) сопор,
г) кома,
д) все перечисленные.

103. Обнубиляция проявляется:
а) замедленностью двигательных реакций,
б) появлением «облачности сознания», «вуали на сознании»,

в) заторможенностью речевых ответов,
г) продолжительностью от минут до продолжительного времени,
д) всем перечисленным.

104. Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме:
а) состояния полусна (большую часть времени больной лежит с закрытыми глазами),
б) отсутствия спонтанной речи,
в) конфабуляторных расстройств,
г) правильных ответов на простые вопросы,
д) способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику.

105. Сопор проявляется:
а) патологическим сном,
б) неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией),
в) вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных недифференцированных защитных реакций,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

106. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме:
а) интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т. д.),
б) расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности),
в) черепно-мозговых травм,
г) сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы,
д) фебрильной шизофрении.

107. Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме:
а) экспансивного онейроида,
б) ориентированного онейроида,
в) фантастически-иллюзорного онейроида,
г) грезоподобного онейроида,
д) острой парафрении.

108. Начальный этап развития онейроида проявляется:
а) лабильностью аффекта,
б) преобладанием пониженного настроения с оттенком каприз-

ности немотивированной тревоги либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации,
в) возникновением расстройств сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

109. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме:
а) фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств,
б) появления астенических расстройств,
в) приобретения реальными событиями фантастического содержания,
г) возникновения фантастического ретроспективного бреда,
д) появления манихеиского бреда.

110. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая:
а) возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах,
б) сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем,
в) наплыв истинных зрительных галлюцинаций,
г) легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени,
д) преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора.

111. Фантастически-иллюзорный онейроид проявляется:
а) охваченностью обильно всплывающими в сознании яркими чувственными фантастическими представлениями,
б) фрагментарностью отражения реального мира,
в) наплывом конфабуляторных переживаний,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

112. Грезоподобный онейроид проявляется всем перечисленным, кроме:
а) полной отрешенности от окружающей обстановки,

б) ощущения себя участником фантастических событий,
в) преобладания вербальных псевдогаллюцинаций,
г) преобладания в сознании больного визуализированных фантастических представлений, связанных с внутренним миром больного,
д) частоты диссоциаций между содержанием сознания и двигательной сферой.

113. Сумеречное помрачение сознания проявляется:
а) внезапной, чаще кратковременной, утратой ясности сознания,
б) полной отрешенностью от окружающего,
в) сохранением (иногда) отрывочного и искаженного восприятия окружающего при осуществлении автоматизированных действий,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

114. Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме:
а) простой,
б) психотической,
в) эндогенной,
г) ориентированного сумеречного помрачения сознания,
д) истерической (психогенной).

115. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что:
а) имеет место неполная отрешенность от окружающего,
б) больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает,
в) оно развивается на фоне тяжелой дисфории,
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

116. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризу ется всем перечисленным, кроме того, что:
а) развивается внезапно,
б) больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно,
в) спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов,

г) развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом,
д) сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания.

117. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются:
а) амбулаторные автоматизмы,
б) фуга или транс,
в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне),
г) все перечисленные,
д) неверно ничего из перечисленного.

118. Особенностями сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, кроме того, что:
а) оно бывает непрерывным и альтернирующим,
б) его продолжительность от нескольких часов до недель,
в) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной,
г) отношение к собственным действиям, совершенным в период помрачения сознания, как к чуждым,
д) ориентированность в месте и времени.

119. Бредовый вариант «психотической» формы сумеречного помрачения сознания характеризуется тем, что:
а) преобладает образный бред с идеями преследования, воздействия,
б) часто наблюдается бред величия и мессианства,
в) часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания,
г) верно все перечисленное,
д) неверно ничего из перечисленного.

120. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме того, что:
а) оно возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями,
б) сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению,

в) ярко помнятся сновидения, принимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего,
г) оно заканчивается сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений,
д) состояния носят характер «сделанности».

121. Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма:
а) астеническими,
б) аффективными,
в) сенестопатическими,
г) всеми перечисленными,
д) ни одним из перечисленных.

122. В развитии генерализованного судорожного припадка различают:
а) тоническую фазу,
б) клоническую фазу,
в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания),
г) все перечисленное,
д) ничего из перечисленного.

123. Эпилептический статус характеризуется:
а) серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми сознание не проясняется,
б) продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток,
в) пребыванием больного длительно в коме, сопоре или оглушении,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

124. Эпилептический статус сопровождается:
а) изменениями в сердечно-сосудистой системе,
б) повышением температуры и другими соматовегетативными расстройствами,
в) изменениями биохимии крови,
г) ничем из перечисленного,
д) всем перечисленным.

125. Неотложная помощь при эпилептическом статусе основывается на следующих основных принципах:
а) раннее начало лечения,
б) комплексность терапевтических мер,
в) применение дозированного наркоза,
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

126. Бессудорожные пароксизмы делятся на следующие группы
а) с глубоким помрачением сознания,
б) с неглубоким помрачением сознания,
в) без помрачения сознания,
г) ни на одну из перечисленных,
д) на все перечисленные.

127. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме:
а) дисмнезии,
б) амнезии,
в) конфабуляции,
г) парамнезии,
д) «сделанных» воспоминаний.

128. Ослабление избирательной репродукции памяти проявляется:
а) ранним появлением ухудшения памяти,
б) затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала,
в) в первую очередь затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

129. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию,
б) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события,
в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни,
г) распространения подобного забвения на различный период.

130. Антероградная амнезия характеризуется:
а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики,
б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели),
в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период,
г) ничем из перечисленного,
д) всем перечисленным.

131. Фиксационная амнезия характеризуется:
а) потерей способности запоминать,
б) отсутствием памяти на текущие события,
в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию,
г) всем перечисленным,
д) ничем из перечисленного.

132. Парамнезии представляют собой все перечисленное, исключая:
а) ложные воспоминания,
б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время,
в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного,
г) патологические воображения в форме воспоминаний,
д) «сделанные» воспоминания,

133. Расстройство побуждений проявляется:
а) повышением волевой активности,
б) понижением волевой активности,
в) отсутствием побуждений,
г) извращением волевой активности,
д) всем перечисленным.

134. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме:
а) пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности,
б) скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности,
в) ослабления внимания, обеднения мышления,

г) ограничения общения вследствие снижения откликаемости,
д) повышения мышечного тонуса.

135. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:
а) отсутствие побуждения,
б) утраты желания,
в) полную безучастность и бездеятельность,
г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости,
д) отказ от речи (мутизм).

136. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме:
а) повышения волевой активности, усиления побуждений,
б) повышенной деятельности,
в) чувства «сделанности» состояния,
г) порывистости, инициативности,
д) говорливости, подвижности.

137. Врожденное слабоумие (олигофрения) подразделяется на:
а) дебильность,
б) имбецильность,
в) идиотию,
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

138. Приобретенное слабоумие встречается в виде:
а) парциального (лакунарного),
б) тотального (глобального),
в) маразма (глубокого психического распада),
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

139. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая:
а) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени,
б) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления,
в) бесплодное мудрствование,
г) преобладание образных представлений над абстрактными идеями,
д) «скачку идей», вихря мыслей и представлений.

140. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций,
б) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования,
в) трудности отделения главного от второстепенного,
г) жалоб на утрату способности к мышлению,
д) ощущения ослабления умственных способностей.

141. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов,
б) наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений,
в) утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях,
г) потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу,
д) хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении.

142. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих,
б) утраты способности отделения главного от второстепенного,
в) утраты способности отделения существенного от несущественного,
г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью,
д) снижения продуктивности мышления.

143. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме:
а) неожиданной остановки, перерыва мыслей,
б) внезапной блокады мыслей,
в) возникновения при кратковременном нарушении сознания,
г) того, что больные замолкают, утратив нить мысли,
д) возникновения при ясном сознании.

144. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая:
   а) соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений,
   б) длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления,
   в) объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи,
   г) произвольную подмену одних понятий другими,
   д) соскальзывание с основного ряда мышления на побочный.

145. Общая психопатология детского возраста:
   а) полностью совпадает с психопатологией взрослых,
   б) имеет особенности, связанные с онтогенезом психики ребенка,
   в) не связана с психопатологией взрослых.

146. Очерченные психопатологические расстройства характерны:
   а) для подростков,
   б) для детей,
   в) для взрослых.

147. Психомоторный уровень преимущественного нервно-психического реагирования по В. В. Ковалеву характерен для детей в возрасте:
   а) до 3 лет,
   б) 4–7 лет,
   в) 5—10 лет,
   г) 11—17 лет,
   д) верно в) и г).

148. Искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие определяется как:
   а) ретардация,
   б) асинхрония развития,
   в) акселерация,
   г) верно а) и в),
   д) неверно все перечисленное.

149. К возможным причинам психического дизонтогенеза относятся:
   а) генетические факторы,
   б) экзогенно-органические факторы,
   в) длительное неблагоприятное воздействие микро-социально-психологических факторов,

г) разнообразные сочетания тех и других,
д) неверно все перечисленное.

150. Запаздывание или приостановка психического развития определяется как:
а) асинхрония развития,
б) акселерация,
в) ретардация,
г) высвобождение более ранних форм нервно-психического реагирования,
д) верно а) и б).

151. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности — речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести:
а) к общей (тотальной) ретардации,
б) к асинхронии психического развития,
в) к дизонтогенезу по типу парциальной ретардации,
г) верно а) и б),
д) неверно все перечисленное.

152. Олигофрения является выражением:
а) парциальной психической ретардации,
б) тотальной психической ретардации,
в) асинхронии психического развития,
г) регресса психических функций,
д) верно а) и в).

153. Наиболее вероятной динамикой проявлений невропатии при усилении психических, в особенности личностных, компонентов является формирование:
а) психопатии возбудимого типа,
б) органической психопатии,
в) истерической психопатии,
г) психопатии тормозного типа (астенической психопатии по П. Б. Ганнушкину),
д) верно а) и б).

154. Для синдрома Каннера наиболее характерны:
а) слабость эмоционального реагирования,

б) склонность к стереотипным движениям,
в) отсутствие потребности в контактах с окружающими,
г) боязнь всего нового (неофобия),
д) верно а) и б).

155. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается:
а) при синдроме Каннера,
б) при синдроме Аспергера,
в) при органическом варианте раннего детского аутизма,
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

156. За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться:
а) гипомания,
б) субдепрессия,
в) гиперкомпенсаторные реакции,
г) бредовая настроенность,
д) верно б) и в).

157. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома с двигательной расторможенностью, неустойчивостью настроения, повышенной раздражительностью, церебрастеническими и неврозоподобными расстройствами у детей следует расценить как:
а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома,
б) энцефалопатический вариант гиперкинетического синдрома,
в) гиперкинетический синдром при детской шизофрении,
г) верно а) и в),
д) неверно все перечисленное.

158. Клинический вариант гиперкинетического (гипердинамического) синдрома, при котором двигательная расторможенность и повышенная отвлекаемость сочетаются с личностными особенностями истероидного круга у детей, следует расценить как:
а) конституциональный вариант гиперкинетического синдрома,
б) энцефалопатический вариант,
в) гиперкинетический синдром при шизофрении,

г) верно а) и в),
д) неверно все перечисленное.

159. Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является:
а) содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг,
б) представления об устрашающих объектах доминируют в сознании,
в) ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть,
г) верно а) и в),
д) неверно все перечисленное.

160. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак:
а) страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации,
б) страхи обнаруживают склонность к постоянству,
в) страхи не корригируются,
г) бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями,
д) имеют значение все перечисленные признаки.

161. Чрезмерное фантазирование со стремлением в фантазиях реализовать неосуществленные в жизни желания у детей и подростков с теми или иными физическими недостатками (слепотой, глухотой, поражениями опорно-двигательного аппарата, и т. п.) следует отнести:
а) к бредоподобным фантазиям,
б) к фантазии с навязчивыми идеями,
в) к сверхценным, гиперкомпенсаторным фантазиям,
г) ко всему перечисленному,
д) верно а) и б).

162. Сверхценный характер фантазий отличается следующими особенностями:
а) преобладанием фантазий отвлеченного, познавательного характера (составление схем географических карт, планов, таблиц и т.п.),
б) чертами насильственности,
в) «аффективной заряженностью» в отношении определенной тематики,

г) верно а) и в),
д) неверно все перечисленное.

163. Основным признаком образного патологического фантазирования, соединенного с псевдогаллюцинированием, является:
а) яркие образные представления фантазий содержат чувственный компонент (визуализированные представления),
б) с течением болезни уменьшается произвольная деятельность мышления в процессе образного фантазирования,
в) образные фантазии приобретают элемент насильственности,
г) верно а) и б),
д) неверно все перечисленное.

164. Наиболее характерным признаком реактивных (ситуационных) уходов у детей является:
а) нарушение влечений,
б) аутистическая тенденция к одиночеству,
в) личностные реакции протеста,
г) верно а) и б),
д) неверно все перечисленное.

165. К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести:
а) наличие в основе мутизма сверхценных переживаний (обида, ущемленное самолюбие и т. п.),
б) возникновение в связи с психической травмой,
в) сочетание с другими невротическими расстройствами.
г) верно все перечисленное,
д) неверно все перечисленное.

166. У девочки-подростка отказы от еды стали возникать как средство неосознанного избавления от психотравмирующей ситуации. В этом случае речь идет:
а) о декомпенсации психастенической психопатии,
б) о синдроме психической анорексии,
в) об аноректическом поведении в рамках истеро-невротического расстройства,
г) о сверхценном дисморфоманическом реагировании,
д) об атипичной эндогенной депрессии.

167. Состояние ребенка определяется высокой степенью истощаемости психических процессов наряду с повышенной раздражитель-

ностью, гиперестезией по отношению к физическим и психическим раздражителям. Его можно расценить как:
а) апато-абулический синдром,
б) депрессивный синдром,
в) астенический синдром,
г) деперсонализационное расстройство,
д) неверно все перечисленное.

168. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как:
а) астенический синдром,
б) неврозоподобный синдром,
в) фобический синдром,
г) депрессивный синдром,
д) истерический синдром.

169. После перенесенного гриппа у ребенка появилось стойкое снижение настроения с эмоциональной слабостью, истощаемостью внимания, вегетативно-сосудистой лабильностью. Это состояние следует оценить как:
а) постинфекционную астению,
б) депрессию,
в) дистрофическое состояние,
г) проявление невроза,
д) неверно все перечисленное.

170. У ребенка раннего возраста повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, сниженный аппетит, частые нарушения сна, пугливость, склонность к страхам. Указанное состояние следует расценить как:
а) астено-невротическое,
б) невропатию,
в) невроз испуга,
г) шизотипический дизонтогенез,
д) синдром Каннера.

171. Упорное стремление детей кусать ногти, сосать палец, выдергивать волосы, раздражать половые органы, раскачиваться перед сном

с получением при этом определенного удовольствия или ослабления внутреннего напряжения следует характеризовать как:
а) ритуалы,
б) гиперкинезы,
в) патологические привычные действия,
г) тики,
д) импульсивные действия.

172. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны:
а) для неврозоподобного синдрома,
б) для гиперкинетического (гипердинамического) синдрома,
в) для психопатоподобного синдрома,
г) для кататонического синдрома,
д) для гебефренического синдрома.

173. У ребенка на несправедливое, по его мнению, отношение со стороны взрослых возникают реакции протеста. Их следует расценивать как:
а) психопатические реакции,
б) энцефалопатические (психопатоподобные) реакции,
в) патохарактерологические реакции,
г) симптом «стекла и дерева»,
д) симптом «фамильной ненависти».

174. Стойкое нелепое убеждение в плохом, недоброжелательном отношении к ребенку окружающих или определенных лиц, не подтверждаемое объективными сведениями, характеризуется как:
а) навязчивые идеи отношения,
б) сверхценные идеи отношения,
в) бредовые идеи отношения,
г) конфабуляции,
д) неверно все перечисленное.

175. У девочки 5 лет поведение стойко и длительно определяется приподнятым настроением, фантазией со стереотипным повторением сказочного сюжета, где ей принадлежит центральная роль. Она отождествляет себя с образом сестрицы Аленушки. Такое состояние следует расценить как:
а) сверхценные фантазии,
б) бредоподобные фантазии,
в) аффективно-бредовое состояние,

г) фантазии здорового ребенка,
д) навязчивые фантазии.

176. Депрессивное настроение у ребенка сопровождается тревогой, боязливостью, эпизодами страха с чувством угрозы, постороннего присутствия (придет старик, схватит Баба-Яга), утратой критики. Это состояние следует расценить как:
а) систематизированный бред,
б) образный бред,
в) бредоподобные фантазии,
г) аффективно-бредовое состояние,
д) проявление помрачения сознания.

177. У ребенка 9 лет без реальной основы возникла стойкая подозрительность и недоверчивость, которая не приобрела законченного словесного оформления. Такое состояние следует расценить как:
а) паранойяльный бред,
б) бредовую настроенность,
в) образный бред,
г) сверхценные идеи отношения,
д) аффективно-бредовое состояние.

178. У ребенка 12 лет стойкое и постоянное ложное убеждение в плохом к нему отношении конкретного лица с рядом логических доказательств. Это оценивается как:
а) фантастический бред,
б) образный бред,
в) систематизированный бред,
г) резидуальный бред,
д) бредоподобные фантазии.

179. Недоброжелательное отношение или даже ненависть к близким людям при отсутствии с их стороны отрицательного отношения к ребенку следует расценить как:
а) возрастные особенности здорового ребенка,
б) сверхценную антипатию,
в) бредовую антипатию к близким людям,
г) навязчивые идеи отношения,
д) патохарактерологическое развитие.

180. У подростка на фоне пониженного настроения возникла стойкая убежденность в собственной обезображивающей чрезмерной фи-

зической полноте, возникло активное стремление к отказу от пищи. В этом случае имеет место:

а) бредовая психическая анорексия,
б) сверхценная психическая анорексия,
в) аффективно-бредовое состояние (бред в форме психической анорексии),
г) психологически понятная реакция в пубертатном возрасте здорового подростка с повышенным вниманием к своему физическому «Я»,
д) депрессивно-деперсонализационный синдром.

181. У подростка имеется своеобразное мировоззрение антагонизма, враждебности к людям вообще в плане идеи: «От людей добра не жди, верить никому нельзя». В этом случае формируется:

а) сверхценная идея отношения,
б) навязчивая идея,
в) бред отношения,
г) пубертатные особенности психики,
д) шизоидизация характера.

182. Подросток логически обосновывает неприязненное отношение к себе окружающих тем, что у него «отталкивающая внешность». Поведение определяется переживаниями больного. В этом случае имеет место:

а) идея отношения,
б) дисморфоманическая бредовая идея,
в) идея отношения, сочетающаяся с дисморфоманическими бредовыми идеями,
г) навязчивая дисморфофобическая идея,
д) шизоидизация характера.

183. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу («манежный бег»), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место:

а) возбуждение в структуре аффективных расстройств,
б) психопатоподобный синдром,
в) психомоторный пароксизм,
г) кататоническое возбуждение,
д) непароксизмальное помрачение сознания.

184. Ребенок застывает в одной позе, у него застывший взгляд, маскообразное лицо, руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу, полное молчание (мутизм), негативизм. Это состояние следует характеризовать как:
а) психогенный ступор,
б) кататонический ступор,
в) истерический ступор,
г) экстрапирамидный акинето-ригидный синдром,
д) аментивное помрачение сознания.

185. Расстройства сознания в рудиментарном виде характерны:
а) для дошкольного возраста,
б) для подросткового возраста,
в) для взрослых,
г) для пожилого возраста,
д) для любой возрастной группы.

186. Наиболее частым проявлением депрессии в дошкольном возрасте является:
а) тоскливость с идеями собственной неполноценности,
б) тревожная боязливость с сенситивными идеями отношения,
в) сочетание капризности или боязливости с неврозоподобными расстройствами типа энуреза, тиков, трихотилломании, двигательных навязчивостей,
г) двигательная заторможенность,
д) суицидальные попытки.

187. Наиболее частой причиной смерти при депрессии у подростков является:
а) присоединившееся к депрессии соматическое заболевание,
б) истинные суицидальные действия,
в) парасуицидальные действия, возникшие по типу реакции протеста, шантажа, «ухода» от психотравмирующей ситуации,
г) кахексия,
д) неверно все перечисленное.

188. У детей раннего возраста при аффективных нарушениях наиболее ярко выступает следующий компонент синдрома:
а) собственно аффективный,
б) идеаторный,
в) моторный,
г) соматовегетативный,
д) верно а), б) и в).

189. Для детских аффективных синдромов (в отличие от таковых у взрослых) характерны:
   а) полиморфные аффективные синдромы малой глубины,
   б) простые аффективные синдромы психотической глубины,
   в) сложные аффективные синдромы с расстройствами сознания,
   г) сочетание сложных аффективных синдромов с бредом,
   д) неверно все перечисленное.

190. Наиболее частыми масками маниакальных состояний у подростков являются:
   а) увеличение массы тела,
   б) похудание,
   в) выносливость к физическим нагрузкам,
   г) малая восприимчивость к соматическим инфекциям,
   д) поведенческие (психопатоподобные) нарушения.

191. В основе депрессивной «школьной фобии» лежит:
   а) замедление темпа мышления,
   б) переживания своей учебной и социальной несостоятельности,
   в) идеи отношения,
   г) истощаемость психических процессов,
   д) навязчивые страхи.

192. Проявлением депрессии у подростка может быть:
   а) нарушение поведения,
   б) снижение школьной успеваемости,
   в) снижение настроения,
   г) суицидальные попытки,
   д) верно все перечисленное.

193. Для процессуальной дисморфомании у подростка характерен:
   а) симптом зеркала,
   б) отрицательный симптом зеркала,
   в) астено-ипохондрический синдром,
   г) симптом аутометаморфопсии,
   д) верно б) и в).

194. Для процессуального астено-ипохондрического синдрома подросткового возраста характерны все перечисленные признаки, кроме:
   а) вычурности ипохондрических жалоб,
   б) выраженности сенестопатий,
   в) сохранности подростковых поведенческих реакций,
   г) снижения настроения,
   д) наличия дисморфомании.

3 ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ СЕРТИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА ПО ПСИХИАТРИИ (РАЗДЕЛ 2. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ)

001—в	002—г	003—г	004—г	005—в	006—г
007—г	008—г	009—г	010—г	011—г	012—г
013—в	014—г	015—г	016—б	017—г	018—г
019—г	020—г	021—г	022—г	023—б	024—б
025—б	026—б	027—а	028—г	029—а	030—б
031—д	032—г	033—б	034—а	035—в	036—г
037—д	038—а	039—д	040—б	041—б	042—д
043—а	044—д	045—д	046—д	047—в	048—д
049—д	050—д	051—д	052—г	053—в	054—г
055—д	056—д	057—д	058—б	059—в	060—д
061—г	062—г	063—г	064—в	065—в	066—в
067—д	068—г	069—г	070—г	071—б	072—б
073—г	074—г	075—г	076—г	077—б	078—б
079—в	080—в	081—а	082—г	083—д	084—г
085—а	086—б	087—б	088—г	089—а	090—б
091—г	092—г	093—г	094—д	095—д	096—а
097—в	098—а	099—б	100—г	101—б	102—д
103—д	104—в	105—г	106—д	107—а	108—г
109—б	110—в	111—г	112—в	113—г	114—в
115—г	116—д	117—г	118—д	119—г	120—д
121—г	122—г	123—г	124—д	125—г	126—д
127—д	128—г	129—б	130—д	131—г	132—д
133—д	134—д	135—д	136—в	137—г	138—г
139—в	140—в	141—б	142—г	143—в	144—б
145—б	146—в	147—б	148—б	149—г	150—в
151—в	152—б	153—г	154—в	155—б	156—а
157—б	158—а	159—в	160—д	161—в	162—в
163—в	164—в	165—г	166—в	167—в	168—г
169—а	170—б	171—в	172—б	173—в	174—в
175—в	176—г	177—б	178—в	179—в	180—в
181—в	182—в	183—г	184—б	185—а	186—в
187—в	188—г	189—а	190—д	191—б	192—д
193—а	194—в				

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Авербух Е.С. Депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1961. 242 с.

Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. М.: Медицина, 1969. 344 с.

Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология: Учебное пособие для студентов мединститутов. М.: I ММИ им. И.М. Сеченова, 1971. 176 с.

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1989. 256 с.

Блейлер Э. Аутистическое мышление. М.: Медгиз, 1927. 164 с.

Блейхер В.М. Клиника приобретенного слабоумия. Киев: Здоров'я, 1976. 172 с.

Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент: Медицина, 1976. 325 с.

Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоров'я, 1983. 192 с.

Боголепов Н.Н. Коматозные состояния: клиника и лечение. М.: Медгиз, 1950. 412 с.

Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. М.: Медицина, 1976. 264 с.

Боткин С.П. Общие основы клинической медицины (клинические лекции). СПб: Б. и., 1912.

Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональная ассимметрия человека. М.: Медицина, 1988. 240 с.

Бухановский А.О. Несоблюдение основных положений методологии диагностического процесса и гиподиагностика шизофрении // Методологические и деонтологические вопросы неврологии и психиатрии: Тезисы докладов научно-практической конференции. Москва; Кемерово, 1983. С. 28—30.

Вартанян М.Е., Снежневский А.В. Клиническая генетика болезней с наследственным предрасположением // Вестник АМН СССР. 1976. № 7. С. 76—83.

Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 752 с.

Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки. СПб: Ин-т медицинского маркетинга. 1997. 304 с.

Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982. 191 с.

Галант Р.Я. О расстройствах памяти. Л.; М.: Медгиз, 1935. 134.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М.: Медгиз, 1933. 348 с.

Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. М.: Изд-во АМН СССР, 1949. 199 с.

Гиляровский В.А. Психиатрия, 4-е изд. М.: Медгиз, 1954. 520 с.

Гиляровский В.А. Избранные труды. М.: Медицина, 1973. 328 с.

Глоссарий психопатологических синдромов и состояний // Под ред. В.С. Ястребова, А.К. Ануфриева. М.: Всесоюзный научный центр психического здоровья АМН СССР, 1990. 112 с.

Гуревич М.О, Серейский М.Я. Учебник психиатрии / Предисл. П.Б. Ганнушкина. М.: Госиздат, 1928. 400 с.

Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1994. 310 с.

Гуськов В.С. Терминологический словарь психиатра. М.: Медицина, 1965.189 с.

Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине: Этиология. М.: Медгиз, 1962. 176 с.

Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических болезней // Социальная реадаптация психически больных. М., 1965. С. 7—17.

Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск: Вышэйшая школа, 1981. 240 с.

Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1989.495 с.

Завилянский И.Я., Блейхер В.М. Психиатрический диагноз. Киев: Вища школа, 1979. 196 с.

Зейгарник Б.В. Патология мышления. М.: Изд-во МГУ, 1962. 244 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976. 238 с.

Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. М.: Медгиз, 1952. 152 с.

Каплан Г. И. Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. М.: Медицина. 1994. Т. 1. 672 с.

Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. / Под ред. Т. Б. Дмитриева. М.: ГЭОТАР «Медицина», 1998. 505 с.

Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982. 271 с.

Каган В. Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981. 206 с.

Кедров А.А. и др. Диагноз // БМЭ. М.: Медицина, 1977. Т. 7. С. 241—245.

Кербиков О.В. Делириозное и аментивное состояния // Труды психиатрической клиники I ММИ им. И. М. Сеченова и ин-та невропсихиатрической профилактики. М., 1936. С. 62—74.

Кербиков О.В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971. 311 с.

Кербиков О.В. и др. Психиатрия. 2-е изд. М.: Медицина, 1968. 446 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. Киев: Здоров'я, 1989. 508 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.

Кондрашенко В. Т., Скугаревский А. Ф. Алкоголизм. Минск.: Изд-во Беларусь, 1983. 288 с.

Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984. 150. с.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176 с.

Коровин А.М. Пароксизмальные расстройства сознания. Л.: Медицина, 1973. 176 с.

Корсаков С.С. Курс психиатрии. 2-е изд. М.: Б. и., 1901. Т. 1. 262 с.; Т. 2. 354 с.

Корсаков С.С. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954. 772 с.

Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М.: Изд-во МГУ, 1988. 89 с.

Красильников Г. Т. Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1995. 34 с.

Кутявин Ю.А. Основные положения методологии диагноза в психиатрии и этапы диагностического процесса // Методологические и деонтологические вопросы неврологии и психиатрии: Тезисы докладов научно-практической конференции. Москва; Кемерово, 1983. С. 38—40.

Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев.: Вища школа, 1981. 390 с.

Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. 255 с.

Личко А. Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989. 216 с.

Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина, 1968.159 с.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: Изд-во МГУ, 1962. 431 с.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973. 374 с.

Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. М.: Изд-во МГУ, 1974. 311 с.

Меграбян А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 1972. 285 с.

Меграбян А.А. Личность и сознание. М.: Медицина, 1978. 175 с.

Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: ТОО «Техлит»; Медицина. 1997. 496 с.

Морозов Г.В. Ступорозные состояния. М.: Медицина, 1968. 472 с.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Медицина, 1960. 264 с.

Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. М.: Медицина, 1976. 382 с.

Нейропсихология сегодня. М.: Изд-во МГУ, 1995. 227 с.

Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981. 208 с.

Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. М.: Медицина, 1988. 264 с.

Нуллер Ю. Л. Новая парадигма в психиатрии: Понятие регистров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 29—38.

Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Изд-во МГУ,1987. 304 с.

Общая психология / Под ред. А. В. Петровского. М.: Просвещение, 1976. 478 с.

Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. М.: Медгиз, 1950. 168 с.

Осипов В.П. Руководство по психиатрии. М.; Л.: Госиздат, 1931. 596 с.

Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С. Гебоидная шизофрения. М.: Медицина, 1986. 192 с.

Попадопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы: Психопатология и систематика. М.: Медицина, 1975. 400 с.

Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М, 1997. 496 с.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. М.: Медицина. Ленингр. отд-ние. 1971. 390 с.

Психиатрия. Пер. с англ. / Под ред. Р. Шейдера М.: Практика, 1998. 485 с.

Пятницкая И. Н. Наркомании: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. 544 с.

Роговин М.С. Психиатрический диагноз и проблема диагностики // Журнал невропатологии и психиатрии. 1979. № 2. С. 224—227.

Роговин М.С. Психиатрический диагноз и проблема диагностики // Там же. № 3. С. 359—362.

Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1988. Т. 1. 480 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. М.: Медицина, 1988. Т. 1. 639 с.

Рыбальский М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность. М.: Медицина, 1989. 336 с.

Саарма Ю.М., Мехилане Л.С. Психиатрическая синдромология. Тарту, 1980. 80 с.

Савенко Ю. С. Актуальные проблемы общей психопатологии и пропедевтики // Пути обновления психиатрии. Арзамас: Интермеханика, 1991. 192 с.

Свядощ А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982. 366 с.

Семичов С. Б. Борьба идей дискретности и непрерывности в раз-

витии учения о норме и патологии в психиатрии // Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии: К проблеме нормы и патологии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева, 1979. 287 с.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 184 с.

Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 225 с.

Симонов П.В., Ершов П.М. Темперамент. Характер. Личность. М.: Наука, 1984. 160 с.

Скобникова В.К. Ошибки диагностики психических заболеваний. М.: Медицина, 1970. 128 с.

Смулевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема паранойи. М.: Медицина, 1972. 183 с.

Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. Валдай: Б. и., 1970. 190 с.

Снежневский А.В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н.К. Боголепова, И.Темкова. М.: Медицина, 1974. С. 156—169.

Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.

Субботин Ю. К. Методологические вопросы медицинской семиотики. М.: Медицина, 1982. 132 с.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. М.: Медицина, 1974. 320 с.

Тарасов К. В., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза. М.: Медицина, 1989. 270 с.

Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982. 128 с.

Тимофеев Н.Н. Симптомы и синдромы психических заболеваний. Л.: Медицина, 1964. 264 с.

Хвиливицкий Т.Я. Формы депрессивных состояний. Их психопатологическая динамика и особенности течения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972. № 4. С. 559—568.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Изд-во МГУ, 1987. 288 с.

Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий. М.: М.: Изд-во МГУ, 1997. 281 с.

Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 400 с.

Штернберг Э.Я. К развитию и современному состоянию психопатологической синдромологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1944. № 11. С. 1723—1724.

Эглитис И.Р. Сенестопатии. Рига: Знание, 1977. 183 с.

Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. М.: Медицина, 1979. 288 с.

Ющенко А.И. Лекции по психиатрии. Ч. 2. Общая психопатология. Москва; Ростов н/Д., 1927. 120 с.

Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

Бухановский Александр Олимпиевич
Кутявин Юрий Алексеевич
Литвак Михаил Ефимович

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ
Пособие для врачей

Издание третье, переработанное и дополненное

Ответственный за выпуск	*О. А. Бухановская*
Редактор	*Г. И. Медведева*
Корректор	*Ж. И. Дегтярева*
Комьютерная верстка	*И. В. Нагорновой*

Лицензия ЛР № 065194 от 02 июня 1997 г.

Подписано в печать с оригинал-макета 03.07.03.
Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Гарнитура «Таймс». Уч.-изд. л.19,6.
Тираж 5000 экз. Зак. № 215.

Издательство «Феникс»
344002, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57